

Uppkomsten av ett professionellt medicinskt fält

Läkares, sjuksköterskors och laboratorieassistenters formering

Carina Carlhed Ydhag

STOCKHOLM UNIVERSITY PRESS

Uppkomsten av ett professionellt medicinskt fält

Läkares, sjuksköterskors och laboratorieassistenters formering

Carina Carlhed Ydhag

STOCKHOLM
UNIVERSITY PRESS

Published by
Stockholm University Press
Stockholm University
SE-106 91 Stockholm, Sweden
www.stockholmuniversitypress.se

Supporting Agency (funding): Swedish Research Council. Grant number 2010-1457.

First published 2020
Cover Illustration: Simon Carlhed Ydhag
Cover License: CC-BY
Cover designed by Simon Carlhed Ydhag & Karl Edqvist, Stockholm University Press
Stockholm Studies in Education (Online) ISSN: 2003-6159

ISBN (Paperback): 978-91-7635-112-3
ISBN (PDF): 978-91-7635-113-0
ISBN (EPUB): 978-91-7635-114-7
ISBN (Mobi): 978-91-7635-115-4

DOI: https://doi.org/10.16993/bbc

Suggested citation:
Carlhed Ydhag, C. 2020. *Uppkomsten av ett professionellt medicinskt fält. Läkares, sjuksköterskors och laboratorieassistenters formering*. Stockholm: Stockholm University Press. DOI: https://doi.org/10.16993/bbc. License: CC-BY

Stockholm Studies in Education

Stockholm Studies in Education (ISSN 2003-6159) is a peer-reviewed and open access book series for publication of research in education. It aims to cover a broad range of academic monographs and edited volumes in education including, for example, adult learning; career development; citizenship education including cosmopolitanism, patriotism and nationalism; democracy and education; health and education; higher education; history of education; international studies; interaction, communication and learning; leadership and organization in schools and society; philosophy of education; policy studies; sociology of education, and vocational education and training.

Titles in the series

1. Carlhed Ydhag, C. 2020. Uppkomsten av ett professionellt medicinskt fält. Läkares, sjuksköterskors och laboratorieassistenters formering. Stockholm: Stockholm University Press. DOI: https://doi.org/10.16993/bbc.

Principer för sakkunniggranskning

Böcker som är publicerade med Stockholm University Press är sakkunniggranskade. Varje bokförslag skickas till ett redaktionsråd av experter inom ämnesområdet för en första bedömning. Om redaktionsrådet och förlagskommittén anser att förslaget är av god kvalitet, accepteras detta för vidare hantering. Det fullständiga bokmanuset granskas i sin helhet av minst två oberoende experter.

En utförlig beskrivning av förlagets riktlinjer för sakkunniggranskning finns på webbplatsen: http://www.stockholmuniversitypress.se/site/peer-review-policies/

Redaktionsrådet för *Stockholm Studies in Education* tillämpar en dubbel anonymisering av granskningsprocessen för manuskript, vilket innebär att författaren och granskarna varit anonyma för varandra under granskningsprocessen. Boken *”Uppkomsten av ett professionellt medicinskt fält”* har granskats av externa experter både som bokförslag och i manusversion, eftersom författaren arbetar på samma institution som stora delar av redaktionsrådet för serien. Granskarnas namn har avslöjats för författaren först efter beslut om publicering.

Tack till granskare

Ett särskilt och stort tack riktas till dem som har sakkunniggranskat denna bok innan publicering.

Bokmanuset granskades av:

Ulf Olsson, Docent, Institutionen för Pedagogik och Didaktik, Stockholms Universitet, Sverige

Karin Anna Petersen, Professor, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen, Norge https://orcid.org/0000-0001-7919-727X

Bokförslaget granskades av:

Kristian Larsen, Seniorresearcher Copenhagen University Hospitals Centre for Health Research (UCSF), University of Copenhagen and Professor 2 Oslomet University, Oslo, Norway https://orcid.org/0000-0001-6835-0814

Ola Fransson, Fil. Dr. prefekt vid Skolutveckling och ledarskap, Malmö Universitet, Sverige

Författarpresentation

Carina Carlhed Ydhag
carina.carlhed@edu.su.se

Biografi

Carina Carlhed Ydhag är docent i utbildningssociologi och arbetar som universitetslektor vid Institutionen för pedagogik och didaktik, Stockholms universitet.

Ett centralt tema för hennes forskning har varit intresset för maktförhållanden kring expertis inom professionella och sociala fält, m.a.o. hur dessa fält skapas, reproduceras och förändras genom social mobilisering kring samhällsbehov, utbildningsystem och politik. Fälten sätter villkoren för sociala praktiker, t.ex. elevers/högskolestudenters utbildningsstrategier och studieframgång, realiseringen av utbildningspolitik, former för kunskapsproduktion inom fält och profession, samarbete mellan professionella och klienter/föräldrar i medicinska/pedagogiska sammanhang, eller samarbeten över organisations- och professionsgränser. Den teoretiska klangbotten som studierna relaterar till är från den sociologiska domänen inom pedagogikämnet. Det rör sig om utbildnings-/kultursociologisk teori i form av Pierre Bourdieus sociologi, men även professionssociologisk teori av neoweberiansk typ som Andrew Abbott.

Mer specifikt har hon forskat kring:

- professionella och sociala fält inom medicin, habilitering och i medicinska/pedagogiska gränsområden, professioner
- studenters utbildningsstrategier och studieframgång inom högre utbildning, lärarutbildning
- skolprestationer och social klass – övergångar mellan gymnasium och högre utbildning/arbetsliv

Webbplats: www.carlhed.eu

Innehåll

Illustrationer

De bilder som använts i boken publiceras med tillstånd från upphovsrättsinnehavare (Licens CC-BY-SA 2.0 eller CC BY-NC) eller förvaltare av upphovsrätt så som Hagströmerbiblioteket, Karolinska Institutet samt Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapet.

Bild 1. Vesalius arbete om människans anatomi. Framsidan på Andreas Vesalius, bok från 1555, *De Humani corporis fabrica libri septem* (Sju böcker om den mänskliga kroppens struktur). University of Liverpool's Special Collections och Archives for medical education, Flickr, Licens: CC-BY-SA 2.0.

Bild 2. Illustration från anatomisk atlas *Anatomia Humani Corporis,* Govert Bidloo, 1685. Ur Hagströmerbibliotekets samlingar, Karolinska Institutet.

Bild 3. Koppning. Illustration ur Dekkers, *Exercitationes practicae*, 1694. Ur Hagströmerbibliotekets samlingar, Karolinska Institutet.

Bild 4. En av de veneriska sjukdomarna, syfilis. I Cazenave, Pierre Louis Alphée, *Leçons sur les Maladies de la Peau*. Professées à l'Ecole de Médecine de Paris en 1841. Ur Hagströmerbibliotekets samlingar, Karolinska Institutet.

Bild 5. Byggnadsbild från Sundsvalls lasarett, nuvarande kommunhus, var det fjärde lasarettet i Sundsvall och stod färdigt 1908. Licens: CC BY-NC SuM-foto013702. www.digitaltmuseum.se

Bild 6. Mikroskop. Gleichen-Russworm, Wilhelm Friedrich (1717–1783). Ur Hagströmerbibliotekets samlingar, Karolinska Institutet.

Bild 7. Operationsrum i början på 1900-talet. Öppet bildarkiv, Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapet (SMHS) SMHS8979_000_01Copp.jpg. Licens: CC BY NC-ND

Bild 8. Sjuksköterskor klädda i sköterskedräkt. Omkring 1910. UMFA54467:0321 Nihlén, Thure (1877–1958). Licens: CC public domain www.digitaltmuseum.se

Bild 9. Laboratorium. Medicinska kliniken i Lund, ca 1918. Från rastrerad tryckt förlaga: Borelius (1918): Malmöhus Läns Lasarett i Lund 1768–1918. I. De äldre lasarettsbyggnadernas historia. SMHS20105Copp.jpg. Öppet bildarkiv, Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapet (SMHS). Licens: CC BY NC-ND

Bild 10. Byggnation av Lunds lasarett mellan 1964–1967. Centralblocket i Lund byggs. Bygget centralblocket på Lasarettet i Lund är nästan klart. En av c:a 40 byggbilder i ett album gjort av byggfirman SIAB från bygget av C-blocket i Lund 1964–1967 och tillägnat professor Olle Olsson. 140226-039Copp.jpg, Öppet bildarkiv, Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapet (SMHS). Licens: CC BY NC-ND

Bild 11. Vipeholms sjukhus, Lund. Promenadgård och manliga paviljonger, Vipeholm exteriört. Rastgård. Manlig paviljong. Allléträden i anläggningens mittgång är ännu relativt små, så fotot bör vara taget nära mitten på 1900-talet. Bilden finns publicerad på sid 87 i Carlén-Nilsson C, Holmér U (1998) Röster från Vipeholm. pp. 1–127 Stiftelsen medicinhistoriska museerna i Lund och Helsingborg, Lund. SMHS1740_000_01Copp.jpg. Öppet bildarkiv, Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapet (SMHS). Licens: CC BY NC-ND

Bild 12. Fjärde bilden i Rorschachs test. Hermann Rorschach, Psychodiagnostics Plates, Hans Huber Medical Publisher, Bern (CH). https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Inkblot_4.tif?uselang=de. Licens: CC0 1.0 universell

Bild 13. Operation med eter, kirurgiska kliniken, lasarettet i Lund 1937. Kirurgiska klinikens operationsavdelning i mars 1937. Påskrift: Kir. op. Mars 1937. Åke Rydén, foto. Rimligen Gustaf Petrén som operatör (sittande). Omonterat foto. Narkossystern droppar eter på öppen mask. Operationspersonalen är fullt sterilklädd med mössa och munskydd, men åskådarna (studenterna) behövde ännu bara bära vit rock. Färgade operationskläder infördes först ett par decennier senare. SMHS2577_000_01.jpg.

Öppet bildarkiv, Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapet (SMHS). Licens: CC BY NC-ND

Bild 14. Medicindispensering. Foto från mitten på 1900-talet. Dispensering av medicin på St Lars i Lund. Kapsel 22 med bilder från St Lars i Lund. Omärkt. Originalfoto. Omonterat. – Medicindispensering. Foto från mitten på 1900-talet. SMHS4477_000_01Copp.jpg. Öppet bildarkiv, Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapet (SMHS). Licens: CC BY NC-ND

Bild 15. Laboratoriepersonal i arbete, i mitten av 1900-talet. Avdelningen för klinisk kemi i Lund. Bilder på A1-ark f. klin-kem jubileum 1997. En grupp biträden rengör objektglas. Foto rimligen i mitten på 1900-talet. 161022-053CCopp.jpg. Öppet bildarkiv, Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapet (SMHS). Licens: CC BY NC-ND

Bild 16. Operation vid kirurgiska kliniken i Lund. Nils Liedberg opererar. Kapsel 30.I kuvert märkt "Bilder donerade av Gunnel Ringblom 890804. Påskrift: Nils Liedberg opererar". Från kirurgiska kliniken i Lund. Originalfoto Ej monterat. SMHS6101_000_01Copp.jpg Öppet bildarkiv, Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapet (SMHS). Licens: CC BY NC-ND

Bild 17. En sjuksköterska går igenom patientjournaler med undersköterskor. Kapsel 30. Omärkt bild i mapp märkt "Bilder sjuksköterskor" och tillsammans med sjuksköterskor och biträden i olika arbetssituationer. Här en sköterska (Dorothea) som går igenom journalhandlingar med två undersköterskor (Annelie och Marie). Originalfoto i slutet på 1900-talet. Ej monterat. SMHS5973_000_01Copp.jpg. Öppet bildarkiv, Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapet (SMHS). Licens: CC BY NC-ND

Bild 18. Laboratorieassistent vid forskningslaboratorium. Ögonklinikens forskningslaboratorium 1987. Sjukhusfotograferna i Lund. Pärm Negativ, Dia, 1987. 95/87. Laboratorieassistenten Sven Jakobsson vid en kryostatmikrotom på ögonklinikens forskningslaboratorium. Från negativ. SMHS14325Copp.jpg. Öppet bildarkiv, Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapet (SMHS). Licens: CC BY NC-ND

Förord

Den här boken har producerats inom ramen för forskningsprojektet *Kunskapssamhällets bärare – en studie av professionernas historiska framväxt och nutida samhälleliga betydelse i Sverige*. Projektet har varit finansierat av Vetenskapsrådet och har sedan 2010 letts av den nu framlidne Thomas Brante, professor i sociologi vid Lunds universitet. År 2019 gick projektet i mål.

Projektet har studerat sex professionella kompetensfält: utbildning, teknik, medicin, psykosocial integration, social reglering och akademi, dvs. domäner där ett flertal professioner ingår, samverkar och konkurrerar. Inom varje fält har tre yrken valts ut: en klassisk profession, en s.k. semi-profession och en – med vår terminologi – pre-profession.

I projektets historiska delstudie, som varit grund för föreliggande analys, har ambitionen varit att analysera olika professionella fälts historiska utveckling och jämföra dem.

Resultaten av analysen av det medicinska professionella kompetensfältet i historisk belysning har publicerats tidigare i olika omfång och djup. Utöver ett flertal internationella och nationella konferensbidrag har de publicerats vid två tillfällen, det första år 2013 i den internationella tidskriften *Professions & Professionalism,* varvid projektmedarbetare fyllde ett temanummer med titeln ”The Professional Landscape” med sju artiklar.[1] En artikel om det medicinska fältet publicerades därvid i form av en synopsis av de tre första faserna.

Den andra publiceringen av resultat kring det medicinska fältets historiska professionalisering skedde i antologin *Det professionella landskapets framväxt* (2019). Antologibidraget innehåller en förkortad version av analysen i denna bok och saknar den sista fasen. Det sträcker sig således fram till 1970-tal, medan denna bok inkluderar 1990-tal.[2] I ovan nämnda antologi finns en detaljerad beskrivning av hela projektet och kortare avsnitt om varje kompetensfält.[3]

Projektet har också producerat en antologi som fokuserar på mer nutida professionaliseringsprocesser i dessa domäner, *Ett professionellt landskap i förändring*, även den publicerades 2019.[4]

I projektgruppen har en kärntrupp målmedvetet arbetat fram sina egna analyser och parallellt läst och tålmodigt kommenterat sina projektkollegors manus i otaliga versioner under årens gång. Denna kärntrupp har bestått av Thomas Brante, Lennart G. Svensson, Gunnar Olofsson, Kerstin Svensson, Karsten Åström, Eva Johnsson, Margareta Nilsson Lindström, Dennis Beach, Ola Agevall och Glenn Sjöstrand samt undertecknad.[5] Ett varmt och hjärtligt tack för gott samarbete över åren!

Varmt tack också till övriga projektmedarbetare, förlagsredaktören Sofie Wennström, redaktionsrådet för *Stockholm Studies in Education*, samt för mig hittills okända sakkunniga granskare som tagit sig tid att läsa både synopsis och manuskriptet samt ge värdefulla kommentarer.

Carina Carlhed Ydhag
Stockholm, februari 2020

Noter Förord

1. Brante 2013a, 2013b.

2. Carlhed Ydhag 2019; Carlhed 2013.

3. Brante, Svensson och Svensson 2019a, s. 17–24. Se även Brante 2014 för fördjupning i relationen mellan vetenskap och professionell praktik.

4. Brante, Svensson och Svensson 2019b.

5. Till delstudien om nutida professionaliseringsprocesser bidrar Elin Karlström Funck med sin analys om det nutida medicinska fältet och Karin Jonnergård om ekonomins fält; se Brante, Svensson och Svensson 2019b.

1. Inledning och utgångspunkter

Den här boken handlar om framväxten av ett medicinskt professionellt fält från medeltid till 1990-tal. Utgångspunkter som gett en ram och inriktning till analysen är i huvudsak hämtade från professionssociologi. I analysen stödjer jag mig dessutom på en lång rad vetenskapliga arbeten, såsom diskursanalytiska, historiska, historiessociologiska och idéhistoriska studier om vårdens och medicinens domäner och yrken.[1]

Några exempel är Motzi Eklöfs avhandling *Läkarens ethos*, som handlar om läkarkårens identiteter, intressen och ideal under perioden 1890–1960. Andra exempel är studier av kunskapsbaserade sociala grupper och deras relation till staten[2], där Rolf Å. Gustafssons avhandling *Traditionernas ok*, som handlar om den svenska hälso- och sjukvårdens organisering, har varit mycket central i min analys.[3] Ytterligare exempel återfinns inom den sociala konstruktionen av expertkunskap och de sociala konsekvenserna därav.[4] En rad avhandlingar om läkares, sjuksköterskors och laboratorieassistenters professionalisering har också varit viktiga källor för analysen.[5]

Sedan jag grundat mitt perspektiv i tidigare forskning klarnade min bild av vad som var väsentligt att få med i denna sorts omfattande analys. Det är en mängd relationer som måste beaktas för att förstå utvecklingen av det professionella medicinska kompetensfältet. Den svenska nationalstatens framväxt och behov av kunskap om folket och dess hälsa har haft stor betydelse, likaså olika experters relation till vetenskapen och deras anspråk på legitim professionell kunskap. Utvecklingen av landets hälso- och

How to cite this book chapter:
Carlhed Ydhag, C. 2020. *Uppkomsten av ett professionellt medicinskt fält. Läkares, sjuksköterskors och laboratorieassistenters formering*. Pp. 1–18. Stockholm: Stockholm University Press. DOI: https://doi.org/10.16993/bbc.a

sjukvårdssystem ger de framväxande professionerna inom fältet organisatoriska hemvister av olika dignitet, vilket också kan stärka eller försvaga ett professionellt uppgiftsområde och de yrken som är tänkta att verka där.

Analysen fokuserar även på organiseringen av de yrken som vuxit fram i nära relation till olika arbetsuppgifter inom området. I korthet har villkor och orsaker som öppnar och stänger möjligheter för professioners utveckling studerats, liksom hur de formar ett medicinskt professionellt fält, något som reflekteras i bokens titel: *Uppkomsten av ett professionellt medicinskt fält*.

De historiska, sociala, politiska, tekniska och ekonomiska händelserna har format ett nätverk av villkor som professionerna inom fältet kunnat dra nytta av i olika grad under olika tider. Att de tre professionerna inte ges lika stort utrymme har att göra med min ansats, dvs. att analysera ett fält som dominerats av en särskild yrkesutövning inom medicinen. Vilken yrkesgrupp som analyseras först och mest har att göra med hur de utvecklas och hur den spelar roll i utvecklingen av fältet. Av denna anledning ges ingen ”rättvis” behandling eller systematisk jämförelse mellan de tre professionerna.

Att analysera framväxten av ett professionellt fält innebär att förstå de sociala processer som pågår i bildandet av professioner i samhället. Vilka processer har bidragit till att de medicinska yrkena blev de professioner vi kan se idag? Varför har läkaryrket så hög status? Hur kommer det sig att vissa yrken har makt över andra? Vad för slags professionellt kunnande innehåller den medicinska vetenskapen? Var går gränsen för kvacksalveri och vem bestämmer den? Detta är några av de frågor som varit drivande bakom denna boks tillkomst och som den därför försöker besvara.

Dessa frågor har stor relevans i vår samtid då professionell och vetenskaplig expertis generellt ifrågasätts på ett nytt sätt. Den vetenskapliga kunskap som ligger till grund för legitimiteten hos många professioner utmanas inte bara inomvetenskapligt – något som de flesta verksamma inom akademin är vana vid – utan även från andra discipliner och från allmänheten.

Boken bidrar till en fördjupad förståelse av professioner som något mer än den vardagliga meningen av ”yrke” fast med ett annat

ord. Den riktar sig såväl till professionsforskare och universitetsstuderande som till personer verksamma inom det medicinska fältet med intresse för professioner och maktstrukturer.

Den ger kunskap om komplexa historiska förhållanden som tillsammans har bidragit till en viss inriktning och utveckling av hälso- och sjukvårdens yrken och organisation. Det kan vara värdefullt att få kännedom om de fältspecifika förändrings- och utvecklingsprocesserna och deras tröghet. På så sätt förstår man att förändring går mycket långsamt och att det är många parametrar som ska verka i samma riktning för att en reell förändring ska ske och märkas. Andra viktiga insikter är att professionerna i sig inte är så starka och handlingskraftiga utan att de är beroende av att möjligheter öppnas och stängs av externa krafter, i många fall utan deras inblandning. Förhoppningsvis hjälper boken till att belysa hur man kan förstå sin omvärld på ett nytt sätt, med ett kritiskt helhetsperspektiv och med en terminologi som kan hjälpa till att sätta ord på det som upplevs. Målet är att öka läsarens förmåga att orientera sig i en komplex värld av professionellt arbete och professioner, vare sig man är studerande, yrkesverksam eller forskare inom området.

Professioner som sociala strukturer

Valet av analytiska verktyg

Den teoretiska ansatsen är neoweberiansk med framförallt Andrew Abbott som huvudreferent men även med bidrag från Eliot Freidson.[6] Freidson och Abbott har studerat läkarprofessionen i USA, men Abbott har även studerat England och Frankrike som har statliga byråkratier liknande den svenska. Att Abbott har erfarenhet av att studera samma profession som jag är intresserad av och dessutom analyserat professionen i relation till en stark stat (som i Frankrike) är ett tungt vägande skäl till att jag valt att arbeta med dennes teoretiska ansats.

Att hålla sig till i huvudsak *ett* neoweberianskt perspektiv har också varit nödvändigt för att uppnå klarhet och stringens i systematisering och organisering av primära och sekundära källor som täcker en mycket lång tidsperiod. Därmed blir intersubjektiva bedömningar av mitt tillvägagångssätt mer tillgängliga än om

jag i huvudsak skulle kalejdoskopiskt tillämpa en rad liknande men separata teorier på det detaljrika materialet.

Jag använder termen ”professionalism” i grundmeningen att den är en logik som bygger på att personer är bärare av specifik kunskap och kompetens och det är den kompetensen som gör oss attraktiva för våra tjänster i professionellt arbete. Expertisen som delas inom en yrkesgrupp är enligt Abbott institutionaliserad i organisationer (t.ex. fackförbund, skolor, utbildningar), förkroppsligad i människor (professionella utövare) och kommodifierad i varor (t.ex. böcker och mediciner).[7] Professionalism ska enligt Freidson förstås i relation till andra sätt att organisera och kontrollera arbete, som byråkratisk logik eller marknadslogik. Han kallar den för ”den tredje logiken” som innebär att det är professionen som har makt att organisera och kontrollera arbete till skillnad från byråkratiska hierarkier eller marknader.[8] Graden av denna professionalism har inga skarpa gränsvärden, det handlar snarare om mer eller mindre i relation till de andra logikerna.

Både Abbott och Freidson betraktar själva läkarprofessionen som en social struktur där läkarna innehar en professionell dominans. Dominansen gäller ideologin i organiseringen av hälso- och sjukvårdstjänster samt relationen till andra underordnade yrken och aktiviteter inom samma uppgiftsfält. Profession är i detta sammanhang ett yrke med en speciell organisation och en speciell form av legal makt och dominansposition.[9]

Läkarnas dominansposition gentemot andra yrkesgrupper har jag tidigare studerat med hjälp av Pierre Bourdieus sociologi, varvid jag analyserade hur ett subfält till medicinen skapades, då sex yrkesgrupper och tre handikapporganisationer formerade sig kring praktiker som rörde vård, stöd och undervisning för barn med funktionshinder under 1960- och 1970-tal.[10] Min studie visade hur ett praktik- och kunskapsfält skapas i gränsområdet mellan det pedagogiska fältet och det medicinska fältet. Bourdieus fält- och praktikbegrepp har dock andra betydelser än Abbotts syn på professionella system. Om jag skulle använda mig av Bourdieus teoretiska verktyg skulle det innebära en helt annan design i en studie om strider om expertis och professioner. Bokens analys bygger på ett större projektsamarbete, som nämndes i förordet. Projektets design syftade till att möjliggöra studier av

professionella kompetensfält, i vilka olika generationer av professioner hade valts ut: klassiska professioner, semi-professioner och pre-professioner. Om man i stället skulle studera det medicinska fältets tillblivande i Bourdieus ”optik” skulle det innebära strider mellan mer likvärdiga konkurrenter; t.ex. olika typer av läkare och andra som gör anspråk på expertis inom området, andra aktörer och allianser som möjliggör upprätthållande av ortodoxa värden samt kontakter med maktfältet och ekonomin (som anses vara den dominerande strukturen). Det skulle kunna röra sig om inomfältsstrider mellan specialiseringar rörande verksamma behandlingar och gränser mot kvacksalveri och liknande.[11]

I mycket skulle detta kunna liknas vid en Abbott-analys eftersom Bourdieu och Abbott delar en viss förkärlek för stridsterminologi (dvs. bruk av termer som; attack, våld, stölder, invasion, nederlag, strider). Båda arbetar med öppna begrepp som är ämnade att användas empiriskt. Men eftersom Bourdieu har en grundtanke om att den sociala ordningen med sina dominansstrukturer (klasstrukturen) är homolog med maktfördelningen mellan praktikerna, skulle det i mitt fall även innebära empiriska studier av social klass i relation till praktikerna. Hos Abbott är professionerna däremot studerade utifrån ett systemperspektiv med fokus på gränser för systemet och händelser som stör eller bevarar systemet i balans (utan hänsyn till klassperspektivet) medan Bourdieus sociologi vilar tungt i ett kultursociologiskt perspektiv. Han har en egen syn på social klass och att den finns insprängd i designen. Bourdieu lägger även större vikt på symboliska handlingar och artefakter och hämtar inspiration från bl.a. psykoanalys, fenomenologi och religion i sin terminologi, medan Abbotts terminologi är uppenbart stridsrelaterad men är tydligt systemteoretiskt präglad.[12]

En mycket kort och förenklad beskrivning av vad ett systemteoretiskt tänkande innebär är att man i allmänhet intresserar sig för en helhetssyn på vår omvärld. Systemteori handlar om helheter, dynamisk interaktion och organiseringsprinciper.[13] Den bygger på en idé om självreglering på olika sätt och man skiljer mellan *non-eqilibrium systems* (öppna system) och *eqilibrium systems* (slutna system). För en systemteoretiker är det intressant att studera s.k. fasövergångar som innebär kvalitativa förändringar i systemet.

Kritiska punkter gör att systemet förändras och detta beror på att det finns störande element, vilka gör att systemet fluktuerar. Abbott kallas dessa för *system disturbances*.[14] Denna störning kan leda till att systemet söker nya mer stabila tillstånd. Detta innebär att det finns många möjliga sluttillstånd, som beror på samspelet mellan system och omgivning.

Inom den systemteori som används inom samhälls- och beteendevetenskap menar man att de som finns inom systemet interagerar oftare med varandra än med de som står utanför och det är dessa relationer som utgör identiteten. Professioner är till exempel levande system, dvs. öppna system som fungerar genom ett kontinuerligt flöde och förändring. Abbott tillför maktaspekten till systemtänkandet – att professionerna strävar efter social och kulturell kontroll över ett uppgiftsområde. Kontrollen har att göra med formell kunskap men även med legitimitet hos allmänheten. Detta är något som måste erövras. Varje handling avseende professionens ambition att överta eller befolka något ”ledigt” område påverkar någon annan yrkesgrupp. Enskilda professioner inom det professionella systemet är därför beroende av varandra, vare sig man befinner sig i underordning eller överordning, i allians eller i strid om ett uppgiftsområde. Det är om den formella strukturen av ett sådant professionellt system som Abbott utvecklat sin teori.[15] En mer detaljerad beskrivning följer nedan.

Ekologier

Ekologi är Abbotts grundbegrepp och ses här som en social struktur, en uppsättning sociala relationer som varken är helt begränsad eller helt oberoende. Abbott betonar begreppet som analytiskt och metaforiskt snarare än ontologiskt.[16] En ekologi består analytiskt av tre komponenter: *actors, locations* och *relations* som länkar samman dessa. Om man översätter dessa komponenter till professionsekologier är professioner således aktörer, platser är en uppsättning kontrollerade uppgifter/uppgiftsområden och relationer uppstår mellan profession och uppgifter (*tasks*). Det relationella är viktigast och innebär själva konstruktionsarbetet som kopplar ihop professionen och uppgifterna. Kort sagt ”finns” inte uppgifterna på förhand utan det är just relationerna, dvs. *ligations*, som står i förgrunden för analysen. *Ligations* konstituerar

kopplingen, dvs. professionen och uppgifterna men också gränser för vad dessa inte är.

Exempel: Ett uppgiftsområde som alkoholism skapas genom professionernas konkurrerande aktivitet. Det inbegriper konstruktionen av fenomenet ur sociala, psykologiska och biologiska perspektiv. Alkoholism som uppgiftsområde har således alstrats genom kampen om expertis och legitimitet inom detta område. Med andra ord finns inga ”tomma” uppgiftsområden. Men potentiella arenor kan finnas, där vissa uppgifter bygger på lösa föreställningar eller finns i gränsområden mellan olika professioner. Dessa uppgifter ger bättre förutsättningar för professioner att framgångsrikt göra anspråk på än om de försöker inkräkta på ett redan inmutat territorium.[17]

En grundtanke i Abbotts teori är att professioner konkurrerar om uppgiftsområden och vill förvandla dem till sina egna jurisdiktioner, dvs. professionella kunskapsområden som de kontrollerar.[18] Genom en kontinuerlig påverkan av externa och interna krafter försvagas eller förstärks möjligheterna till ökad eller minskad jurisdiktion (se mer om olika former av jurisdiktion längre fram). Interna krafter kan utgöras av professionernas egna handlingar som använder nya öppningar i gränsområdena till andra professioner eller uppgiftsområden. Att lämna tidigare vunna områden är också något som förändrar jurisdiktionen.

En central aspekt är erkännandet av kontroll, dvs. beroendet av externa krafter. Professionernas anspråk på legitimitet bedöms av staten, allmänheten och medarbetare på arbetsplatsnivå. Men staten ses inte som en fast entitet, utan ses liksom professionerna som föränderliga ekologier. Staten som ekologi innebär till exempel en komplex struktur av en mängd interaktioner mellan subgrupper eller subekologier, som dessutom kan länkas samman.

Några analysverktyg som Abbotts erbjuder för att kunna studera dessa interaktioner och länkningar mellan ekologier är begreppen *hinges* och *avatars*.[19] Det handlar då om allianser, stöd och resurser som kan användas över ekologiska gränser. *Hinges* förstås som aktiviteter som kan pågå i två ekologier; dessa aktiviteter ses som sammanlänkningar som dessutom producerar dubbelriktade belöningar. Dessa kan vara av olika typer, t.ex. den konstruerade länken mellan profession och en viss arbetsuppgift

kan i en annan ekologi vara ett omstritt område som rör en korresponderande politisk fråga.

Ett exempel på en *hinge* kan vara det statligt initierade utredningsarbete som går under beteckningen Statens offentliga utredningar (SOU), där representanter från profession och statsbyråkrati samarbetar. *Avatars* är institutionaliserade *hinges*. Medicinalstyrelsen (senare Socialstyrelsen) som befolkades av läkare är ett exempel på en *avatar* som är en miniatyr av en ekologi (läkarprofessionen) men som är verksam i en annan ekologi, i det här fallet statsekologin.

Om relativ autonomi råder inom professionen innebär det att utövarna själva i hög grad kan sätta upp regler och värden som reglerar aktiviteter inom systemet. På så sätt är de också beroende av varandra. Att detta är en relativ autonomi beror på att professionen existerar i relation till en rådande samhällsstruktur som har överordnade kulturella värden och vars ordning bevakas av lagstiftning och polismakt.

I ett svenskt sammanhang är den professionella autonomin begränsad av staten, som å ena sidan möjliggjort ett legalt monopol över den medicinska praktiken, där professionen till stor del kontrollerar innehållet i praktiken men å andra sidan där professionen inte riktigt har kunnat bestämma villkoren. Kontrollen över innehållet handlar främst om föreställningar om vad sjukdom och hälsa är och huruvida behandlingar är verksamma eller inte. Det finns också en önskan om kontroll över ”medicin” som ämneskonstruktion och vad den kan inrymma. Det handlar också om föreställningar om vilka medicinska yrken som ska få praktisera inom området. Vilka praktiker kan räknas som medicinska?

Begreppet jurisdiktion

Enligt Abbott kan man studera yrkesgruppers jurisdiktion på tre arenor som är analytiskt skilda, men som i praktiken är sammanlänkade: arbetsplatsen, den mediala/publika arenan och den politiska/legala arenan.

Många yrkesgrupper vill etablera kontroll över det egna kunskap- och verksamhetsområdet för att stå stärkta i konkurrensen om arbetsuppgifter i samhället. Abbott kallar detta kontrollerbara territorium för jurisdiktion.[20] Det finns ett antal lösningar

(settlements) på jurisdiktionella dispyter (enkelt uttryckt betyder det strider om professionellt territorium). Abbott skiljer på full jurisdiktion och ett antal begränsade lösningar.[21]

1. *Full jurisdiktion* innebär legalt definierad kontroll och att yrkesgruppen har möjlighet att helt självständigt definiera och lösa alla de problem och arbetsuppgifter inom det egna verksamhetsområdet, ett s.k. *heartland*. Detta är inte så vanligt. Däremot är det vanligare är att olika jurisdiktioner är hierarkiskt ordnade mellan yrkesgrupper eller att jurisdiktioner överlappar. Att etablera och utvidga ett *heartland* är däremot målet för de flesta professioner. Det vanliga är att man först etablerar anspråk på jurisdiktion på den publika arenan och senare på den legala arenan, men det finns fall där det omvända har fungerat.[22]
2. *Underordnad jurisdiktion* som är den vanligaste lösningen innebär att en yrkesgrupp är begränsade i sin rörlighet då de måste relatera sig till en annan yrkesgrupps jurisdiktion i sin dagliga yrkesverksamhet. Exempel på underordnad jurisdiktioner är sjuksköterskekårens jurisdiktion avseende patienternas medicinska behandling som är underordnad läkarkårens jurisdiktion.[23] Denna jurisdiktion är både etablerad på samtliga arenor; dvs. den legala arenan, den publika arenan samt på arbetsplatsnivå.
3. *Delad jurisdiktion* (jurisdiktion som bygger på arbetsdelning) och som gäller om två eller flera yrkesgrupper samarbetar kring vissa arbetsuppgifter men där skillnaderna mellan av respektive kunskaps- och kompetensområde är tydligt avgränsade och definierade. Det kan också vara så att visa delar av yrkesgruppen ingår i ett verksamhetsområde där det finns delade jurisdiktioner. Exempel är sjukgymnaster och arbetsterapeuter som arbetar sida vid sida inom t.ex. medicinsk rehabilitering eller den arbetsdelning som finns mellan ingenjörer och arkitekter.[24]
4. *Intellektuell jurisdiktion* som är en vanlig men instabil lösning, betyder att en yrkesgrupp har kognitiv kontroll över ett verksamhetsområde samtidigt som man tillåter

eller tvingas låta andra yrkesgrupper arbeta inom området. Ett exempel på ett sådant område är psykoterapi, där många yrkesgrupper arbetar med terapi så som psykiatrer, psykologer, socionomer m.fl.[25]

5. *Rådgivande jurisdiktion* som innebär att en yrkesgrupp vill ha legitim rätt att vägleda en annan yrkesgrupp genom att tolka och/eller buffra information för en annan yrkesgrupp inom deras jurisdiktion. Detta är en svag relation och där anspråk på rådgivning är en indikator på en potentiell interprofessionell strid, där det antingen blir invasion eller reträtt.[26]

Generellt sett är det full jurisdiktion som är det ultimata lösningen och målet vid de dispyter som uppstår kring ett uppgiftsområde. Abbott kallar ett sådant uppgiftsområde för *heartland* i betydelsen ”ett område med de mest centrala och viktiga uppgifterna” och där professionen har total och juridiskt fastställd kontroll.[27]

Abbotts stridsterminologi inbjuder till att tänka att det bara är konkurrens som förändrar yrkesgruppers jurisdiktioner, men detta är dock inte fallet. Att jurisdiktioner öppnas och stängs beror på politik, ny teknik, kunskapsutveckling inom ett område eller nya sätt att organisera verksamhet. Arbetsuppgifterna förändras kontinuerligt, viss försvinner och andra tillkommer. Statens framväxt spelar här en mycket stor roll då en mängd arbeten och arbetsuppgifter definierats i relation till utvecklingen av de gemensamma verksamhetsområdena.

Yrkesgrupper som arbetar inom kulturellt högt värderade områden, som t.ex. hälsa och rättvisa, har enligt Abbott lättare att vinna gehör för sina jurisdiktionella anspråk än andra yrkesgrupper. I denna bok har framväxten av nationalstaten och den senare välfärdsstaten satts i fokus för att visa hur dessa kulturellt högt värderade sysslor har lyfts fram och betonats av staten.

En yrkesgrupp kan också försöka legitimera sina anspråk genom att hänvisa till medlemmarnas sociala och kulturella bakgrund. Den kanske mest extrema formen av detta är ”kallet”, föreställningen om yrket som kristet barmhärtighetsarbete. Genom att framställa det egna yrket som ett kall försöker gruppen förmedla en bild av att arbetet präglas av kärlek, självuppoffring och oegennytta. Möjligheterna att vinna legitimitet för

en professionell yrkesutövning kan därför ha både kulturella och sociala grundvalar.[28]

Professionell kunskap, vetenskap och *image making*

Utöver själva dynamiken mellan olika professioner och staten analyseras även de vetenskapliga tillgångarnas innehåll (tankegods) och deras förändring över tid och i olika statskontexter. Detta görs genom att undersöka hur olika vetenskapliga diskurser får genomslag i praktiken och institutionaliseras eller försvinner.

Tre yrken som har haft en viktig del i professionaliseringen av medicinen är läkare, sjuksköterskor och laboratorieassistenter (senare biomedicinska analytiker). Ytterligare en viktig del i analysen har varit att undersöka vilken relation dessa yrken har till vetenskapligt tankegods och hur de har tagit vetenskapen i tjänst för att legitimera sin professionella kunskap.

De arbetsuppgifter man vill ha exklusiva rättigheter till måste definieras som ”professionella problem”. Det sker genom att professionen gör anspråk på:

- att kunna klassificera ett problem *(diagnosis)*
- att kunna resonera kring det *(inference)*
- att agera utifrån det, t.ex. ha effektiva behandlingar eller lösningar *(treatment)*.

Detta utgör den kognitiva strukturen i ett anspråk på jurisdiktion.

Genom att föra samman fakta till hypoteser och skapa strikta regler för evidens, vilket Abbott benämner *colligation,* konstrueras ett klassifikationssystem som fungerar som en slags uppslagsbok för de professionella i fråga om legitima professionella problem. Man kan kalla den för professionens kognitiva karta och den blir därför viktig att studera eftersom det är styrkorna och svagheterna i konstruktionen som avgör sårbarheten för attacker från andra professioner på jurisdiktionen, dvs. det territorium eller kunskap- och verksamhetsområde som yrkesgruppen vill etablera kontroll över. Klassifikationssystemet är inte hierarkiskt, och kan både innehålla motsägelser och inte vara komplett. Med andra ord är det möjligt att ha olika kolligationer, utmaningen är att hitta en som är stark och få gehör för den. Det kan även finnas

stora oklassificerade områden s.k. residualområden där jurisdiktionella stölder sker mellan professioner.[29]

Det diagnostiska klassifikationssystemet begränsas av två externa relationer. Den första är den abstrakta grunden för professionell kunskap, upprätthållen av akademiska professionella som ger den en logisk klarhet som kontrasterar mot den röriga verkligheten. En viktig fråga blir då hur de lyckas övertyga sin omgivning om att det är just den specifika professionen som kan uttolka problem och identifiera lösningar. Den andra relationen handlar om behandlingssystemets begränsningar. Lyckas det verkligen lösa professionella problem? Har metoder och behandlingar effekt? Här fyller kopplingen till vetenskapen en mycket viktig roll. Den högsta valuta man konkurrerar med när det gäller den professionella kunskapen är just vetenskaplig kunskap.

Den sociala organisationen påverkar också hur man kan lyckas med sina jurisdiktionella anspråk. Abbott menar att ju starkare strukturerad en profession är desto mer effektiv är den i sin jurisdiktion. Att kunna visa upp en enskild, identifierbar nationell formering är en förutsättning för ett publikt eller legalt anspråk.[30] Strategin att enhetligöra professioner, professionella ”kunskapspaket” eller praktiker kallas *amalgamation* eller amalgamering. Enhetliggörandet handlar om att maximera optimal abstraktionsnivå för den aktuella jurisdiktionen i syftet att skapa framtoning eller utöva *image making* av en enad, kraftfull och kompetent profession, med en specifik yrkestitel eller sammanhållen utbildning.[31]

Genom en semantisk koppling till medicinen kan vissa utvalda yrkesgrupper och vissa arbetsuppgifter skyddas från utifrån kommande skärskådan samtidigt som andra till synes medicinska professionella aktiviteter inte inryms under denna paraplykonstruktion (t.ex. kvacksalvare).[32] Det är ytterst viktigt att bevaka gränsen för vad som anses ligga inom eller utanför professionens jurisdiktion och vilka grupper av medicinska yrkesutövare som anses ha rätt till utövandet.

Staten som ekologiskt system

Varje civilisation skapar specifika tids- och rumsbetingelser och kan därigenom sägas välja vilka potentialer som ska prioriteras.[33]

Framväxten av den professionella och legitima medicinen har därför analyserats i relation till den rådande civilisationsstrukturen vid olika tidpunkter. Staten utgör en avgörande instans för professionernas legitimitet, framförallt avseende den legala jurisdiktionen. Men staten är inte på något sätt en oföränderlig och oproblematisk enhet utan en ekologi i sig med en komplex interaktionsstruktur med subgrupper och ekologiska krafter liknande de som återfinns i professionella ekologier.

För att lyckas med en strategi om behörighet måste man dels enas inom den professionella ekologin att detta är den väg man vill gå. Men det räcker inte utan man måste också genomdriva strategin inom den statliga ekologin. Det är i allianser och aktiviteter som sammanlänkar ekologier som stöd kan upparbetas och användas.[34] Abbott har studerat den medicinska professionen i USA, England och Frankrike. Frankrike har en starkare stat än de två andra och har därmed likheter med svenska förhållanden. Men i min jämförelse mellan Abbott och Bourdieu kunde jag konstatera att fältbegreppet kanske skulle passa bättre för studier av expertis i länder med starka stater just för att få med relationerna med maktfältet och det byråkratiska fältet.[35] I Abbotts tappning förmodas staten vara svagare och definieras utanför det professionella systemet. Han är dock medveten om att det finns sammanhang med starkare styrning från staten men hans perspektiv erbjuder inte så mycket vägledning i detta, i varje fall inte i hans huvudsakliga verk *The system of professions*. Han utvecklar resonemangen i senare arbeten (dock avser dessa ”stat” i en amerikansk kontext).[36]

Då föreliggande analys sträcker sig bakåt i tiden till formationen av nationalstaten har det varit svårt att uppbringa den typ av empiri som skulle ha varit värdefull för en djupare analys. I stället har sekundär empiri använts i form av tidigare studier av medicinen och dess yrkeskategorier. Den primära empirin utgörs av offentligt tryck i form av statliga utredningar, Medicinalstyrelsens årsberättelser, professionstidskrifter samt officiell statistik. Information om professionernas klasstillhörighet och inkomstförhållanden har beaktats i de fall det varit möjligt att få fram detta, vilket inneburit en betydligt mer oraffinerad strategi, men som varit nödvändig. Ju närmare nutiden vi kommer desto lättare har

det varit att få tag i sådan information. En konsekvens av att göra på detta vis är att man blir beroende av vad andra intresserat sig för. Fördelen är att det långa tidsperspektivet ger möjlighet till en värdefull syntes.

I bokens början relateras medicinen till den svenska nationalstatens tillblivelse för att i de senare kapitlen relateras till industrialismens olika faser, välfärdsstatens framväxt och skiftet till den nyliberala staten. Professionaliseringen av medicinen kontextualiseras i relation till den rådande statstrukturen och organiseringen av hälso- och sjukvården. Den nödvändiga kopplingen till statsutvecklingen har att göra med förståelsen av hur externa krafter samspelat med interna krafter i form av allianser som skapats i olika sammanhang i den statliga ekologin och i de professionella ekologierna. Ytterst bidrar processerna till att öppna och stänga möjligheter till jurisdiktioner för professionerna och för fältet i stort.

Bokens disposition

Uppkomsten av den professionella medicinen beskrivs utifrån fyra faser. Varje fas har ett kapitel som avslutas med en konklusion. Det är således möjligt att läsa konklusionerna för varje kapitel för att få en överblick över utvecklingen. Det sista kapitlet innehåller också ett sammandrag av utvecklingen.

Kapitel 2 belyser den första fasen, mellan 1600 och 1850-tal, som jag kallar den pre-professionella eran. Analysen handlar om hur medicinen utvecklas på grundval av den framväxande nationalstatens behov av att kontrollera och reglera befolkningen utifrån merkantilistiska intressen. Perioden präglas av en relativt oordnad, heterogen och decentraliserad läkarpraktik, men som i slutet av perioden börjar regleras och centraliseras. De teoretiska medicinarna fick kontroll över andra praktiskt arbetande inom vård och läkekonst. De inkorporerade kirurgernas kollegium och slog samman utövare av teoretisk medicin och kirurgi till en enhetlig profession. Det lilla medicinarkollegiet utvecklades så småningom mot ett ämbetsverk. Dessutom kunde man skapa en ny ”kognitiv karta” för läkarprofessionen genom sökandet efter sjukdomsorsaker inuti kropparna istället för i luften, vilket var ett första kvalitativt språng i fältet. Genom detta började

utvecklingen av medicinen som positiv vetenskap. Det medicinska fältet formeras.

Kapitel 3 handlar om hur expansionen av den befintliga hälso- och sjukvårdsorganisationen sker utifrån organisatoriska traditioner samt hur det biomedicinska paradigmet får genomslag och bland annat ger upphov till behov av laboratorier. Här beskrivs den andra fasen, mellan 1860 och 1920-tal, där analysen visar hur läkarprofessionen genom ett andra kvalitativt språng utvecklade en robust kunskapskärna. En av orsakerna till detta var det biomedicinska paradigmets genombrott. Fokuseringen på sjukdomar, deras biomedicinska orsaker och bot blev praktikens kärna. Den snabba expansionen av sluten vård och lasarett skapade ett ökat behov av utbyggnad av utbildning av läkare och sjuksköterskor, vilket kan ses som ett första kvantitativt språng. Under perioden ökar aktiviteter som har att göra med professionaliseringssträvanden för dessa yrken. Aktiviteterna i båda professionerna handlar om kollektivt identitetsskapande och rent facklig mobilisering. Fältet konstitueras och konsolideras.

Kapitel 4 beskriver hur läkarprofessionen fick en gyllene era och professionaliseringen står på topp. Det sker under den tredje fasen, mellan 1930 och 1960-tal. I kapitlet analyseras utvecklingen av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet, utbyggnaden av laboratorier och deras konsekvenser för kroppsmedicin och samhällsmedicin samt för läkarna och sjuksköterskorna. Laboratorieassistenterna blir fler i takt med utbyggnaden av laboratorier under denna period. Under perioden sker ett andra kvantitativt språng i fältet. De olika professionaliseringsstrategierna för de tre yrkesgrupperna diskuteras i relation till hälso- och sjukvårdens specialisering, expansionen av systemet och dess relativt parallella rationalisering. Fältet professionaliseras.

Kapitel 5 belyser hur förändringar skett sedan 1960-talet och den gyllene eran. Detta beskrivs och analyseras i den fjärde fasen, under 1970- till 1990-tal, då den strukturella omvandlingen kan tolkas som att läkaryrket förvandlas från profession till tjänsteman. Kapitlet handlar även om hur det förändrade konjunkturläget och New Public Management (NPM) påverkade hälso- och sjukvårdens utveckling och vilka konsekvenser detta fick för professionalismen generellt. Professionaliseringsstrategier hos

sjuksköterskorna och laboratorieassistenterna analyseras, liksom strider om jurisdiktion mellan läkare och sjuksköterskor. Specialiseringen inom medicinen problematiseras som en differentierande kraft i relation till den enhetligjorda professionen. Fältets professionalism transformeras.

Kapitel 6 innehåller den sista konklusionen, som har formen av en epilog. Här diskuteras hur professionalismen inom det medicinska fältet och läkaryrket utmanas såväl av krafter utanför professionen som inom professionen. Diskussionen utgår från teman som skrivits fram i tidigare kapitel men som rör den mer nutida situationen inom fältet. Dessa teman kan vara potentiellt utmanande för de professioner som analyserats och kräver ytterligare analys. De formuleras som angelägna kunskapsluckor att fylla i framtida professionsforskning. I slutordet görs ett försök att i korthet formulera hur det medicinska fältet transformerats och hur professionalismen överlever denna omvandling.

Noter kapitel 1

1. T.ex. Hasselbladh och Bejerot 2008; Åmark 2005, 1990; Sundin, Hogstedt, Lindberg och Moberg 2005; Sköldh 2000; Qvarsell 2000; Stolt 1997; Palmblad 1997; Johannisson 1994, 1990; Beronius 1994; Torstendahl 1984, 1991. Min egen avhandling utgör en viktig grund för förståelsen av medicinen som socialt fält i Bourdieus mening, Carlhed 2007. I avhandlingen har jag bl.a. skrivit om utvecklingen av den svenska hälso- och sjukvården vilket gör att delar av avhandlingens text utgjort en förståelsegrund som jag skrivit vidare på i denna bok. Det kan därmed finnas stora likheter i resonemang.

2. Torstendahl 1991, s. 1–10.

3. Gustafsson 1987.

4. Larson 2013; Graninger 1997.

5. Jag använder titeln laboratorieassistent som en samlande beteckning för yrket, då det fanns en rad olika benämningar som användes parallellt. En gemensam yrkestitel blev det först 1995 och då biomedicinsk analytiker. Tidigare benämningar var: laboratris, preparatris, laboratoriesköterska, laboratorieassistent och laboratoriebiträden, laborationsbiträden. Se Persson 1994. Övriga se t.ex. Einarsdottir 1997; Lannerheim 1994; Emanuelsson 1990.

6. Abbott, 2005, 1988; Freidson 2001, 1970.

7. Abbott 1988, s. 324–325.

8. Freidson, 2001, s. 8–9.

9. Freidson, 1970, s. 77.

10. Carlhed 2007, 2011; Bourdieu, 2000. (se även not 1 om Carlhed 2007).

11. Se exempelvis Petersen och Callewaert 2013; Larsen 2012; Pinell och Jacobs 2011; Petersen 1999.

12. Se vidare Carlhed 2011 för en detaljerad jämförelse.

13. Se vidare Capra 1997; Bateson 1987; Bartalanffy 1968.

14. Abbott 1988, s. 117.

15. Ibid., s. 86.

16. ”It is the process of constructing the relations between actors and locations that in fact constitutes and delimits both actors and locations. Analytically and empirically, the relational process is prior. I shall call this relational process ligation. Avoiding the available ordinary language word (linkage), I hope to remind the reader that ligation constitutes at one and the same time an actor, a location, and a relation between them.” Abbott 2005, s. 248.

17. Dessa kallas residualområden, se Abbott 1988, s. 40–41, 59.

18. Abbott 2005, s. 246ff.

19. *Hinges* kan i vardagligt språk översättas till gångjärn, i teoretiska sammanhang som en mekanism som länkar ihop två objekt. Abbott 2005.

20. Abbott 1988, s. 59ff.

21. Ibid. 1988, s. 69ff.

22. Se t.ex. Evertsson 2002; Carlhed 2007 om arbetsterapeuters historiska jurisdiktioner som definierats med hjälp av statliga utredningar och politik om arbetsmarknad och rehabilitering.

23. I Carlhed 2007, s. 95, 97, 287, 292, 300ff beskrivs några exempel på situationer som kan räknas som jurisdiktionella strider då läkarprofessionen skapar legitimitet till att underordna sig yrkesgrupper som sjukgymnaster, kliniska psykologer, kuratorer

och arbetsterapeuter som läkarens ”hjälpkrafter”. Men även andra yrkesgrupper underordnas andra t.ex. barnsköterskor eller pedagogassistenter till förskollärare och barnträdgårdslärarinnorna. Se även Palmblad, 1997, s. 27 om ”läkarnas bästa hjelptrupper”.

24. Se även historiska strider mellan olika yrkesgrupper och statliga utredningarnas betydelse i definitioner av jurisdiktioner i Carlhed 2007, s.101, 108, 115ff. Evertsson visar bl.a. i sin avhandling hur arbetsterapeuternas jurisdiktion stängdes mot arbetsterapi som sysselsättningsterapi inom mentalvården. Evertsson 2002, s. 199.

25. Se t.ex. Eva-Marie Rignés studier av psykologernas professionaliseringsprojekt, Rigné 2002, s. 78–79, 147ff, 155ff, 219ff; se även Carlhed 2007, s. 247, 335 om privatläkarreformen på 1970-talet, som påverkade läkare och andra yrkesgrupper som bedrev psykoterapi. För en fördjupad historiesociologisk analys av detta professionella fält, se Johnsson och Svensson (2019).

26. Abbott 1988, s. 59ff, 69, 75.

27. Ibid., s. 71, 119.

28. Ibid., s. 177–211.

29. Ibid., s. 40–41, 59.

30. Ibid., s. 81, 91–96.

31. Ibid., s. 108.

32. Freidson 2001, s. 83–84, 137, 147–148.

33. Callewaert 1997, s. 81.

34. Abbott 2005, s. 247.

35. Carlhed 2011.

36. Abbott 2005.

2. Den pre-professionella eran: stormaktstid till 1850-tal

Kapitlet belyser hur medicinen, på grundval av den framväxande nationalstatens behov av att kontrollera och reglera befolkningen utifrån merkantilistiska intressen, utvecklas till en legitimerad medicin, som i sin tur i växande grad reglerar den medicinska professionella praktiken, dvs. de legitima läkarnas yrkesverksamhet. Perioden präglas av en relativt oordnad, heterogen och decentraliserad läkarpraktik, men som i slutet av perioden börjar regleras och centraliseras. Kunskapsbasen vid den här tiden vilade bland annat på humoralpatologin, vilket innebar förklaringar av kroppens och själens sjukdomar i termer av störningar i jämvikten mellan de fyra kroppsvätskorna blod, slem, gul galla och svart galla.[1] I statens reglering av den medicinska verksamheten sattes det upp gränser mellan den legitima medicinska verksamheten och den illegitima, dvs. folkmedicinen. En liknande ideologisk kamp hade även kyrkan under lång tid fört mot folkliga föreställningar som trolldom och vidskepelse.[2]

Nationalstatens behov av kontroll över befolkningen

Bildandet av en statsbyråkrati

Reformeringen av det svenska statsskicket på 1500-talet, sedan Sverige brutit sig ur Kalmarunionen, bildade en startpunkt för framväxten av en nationalstat, något som accelererade under det tidiga 1600-talet. En liten förvaltningskonstellation som bestod av kungens närmaste män, riksämbetsmännen,[3] blev genom 1634

How to cite this book chapter:
Carlhed Ydhag, C. 2020. *Uppkomsten av ett professionellt medicinskt fält. Läkares, sjuksköterskors och laboratorieassistenters formering*. Pp. 19–61. Stockholm: Stockholm University Press. DOI: https://doi.org/10.16993/bbc.b

års regeringsform ansvariga för var sitt kollegium: Svea hovrätt, Krigskollegium, Amiralitetskollegium, Kanslikollegium och Kammarkollegium. Under 1600-talets senare del kompletterades de med ytterligare kollegier: Bergskollegiet, Kommerskollegiet, Statskontoret och Kammarrätten. Den svenska förvaltningen växte till följd av ett utökat svenskt territorium, rekryteringen av soldater och ökad kontroll av befolkningen, då främst av beskattningsskäl.

Ursprunget till dagens läkarkår kan sökas dels hos de teoretiskt utbildade medicinarna i medicinarkollegiet Collegium Medicorum (som för övrigt från början bestod av allmänbildade medlemmar av hovet) och dels hos självlärda eller skråutbildade kirurger, verksamma inom bardskärarskrået, vars yrkesförening hade namnet Chirurgiska societeten.[4]

Den uppmärksamme läsaren kan konstatera att medicinarkollegiet inte tillhörde de kungliga kollegier som räknats upp tidigare. Medicinarkollegiet erhöll dock kungligt privilegium 1663 och fick då namnet Collegium Medicum Regium. Detta hade dock länge en perifer roll och status i den framväxande centralförvaltningen. Dess främsta uppgift var att bringa ordning och bekämpa missbruket av läkekonsten, dvs. kvacksalveriet.[5] Med detta uppdrag fick de en gränsvaktsfunktion som innebar jurisdiktion på den legala arenan, nämligen att utöva kontroll över vilka yrken som fick vara verksamma inom läkekonstens område.[6]

Framväxten av en nationalstat innebär i förenklade ordalag att det gradvis skett en monopolisering av våldsanvändningen och att denna har omsatts till krigsmakt och polis. Utvecklingen och införandet av skattesystem genom reformationen innebar en omvandling från ekonomiskt kapital till symboliskt kapital genom att förstärka symboliken både kring kungens person och kring den gemensamma kassan för offentliga utgifter (vilket är den viktigaste symbolen i den opersonliga staten).[7] Genom byråkratiska procedurer, lagstiftningens klassificeringar och sociala riter skapas mentala strukturer för indelningar, en vision av ett ”vi” eller, om man så vill, nationalkaraktären. Genom olika slags kartläggningar av samhällskroppen har staten samlat in information och delat in folket i sociala kategorier som t.ex. fattiga och sjuka, botbara och obotbara. Dessa indelningar bildar nya

politiska grunder för verksamhetsavgränsningar och för utbyggnad eller förändring av dessa verksamheter.[8] Grunden är således utvecklingen av en central hälso- och befolkningsteknologi som skapar politiska problemkategorier att åtgärda och reglera, vilket behandlas vidare i nästföljande avsnitt.

Övervakning av folkhopens hälsa och den sociala ordningen

Intresset för hälsan hos befolkningen och den sociala ordningen sammanhängde med den administrativa och politiska kontrollen över landets resurser och sociala krafter. Drivande för samhällsutvecklingen var merkantilismen, dvs. ett nationalekonomiskt och maktpolitiskt intresse för en riklig tillgång på sund och effektiv arbetskraft, vilket blev den viktigaste anledningen till statens intresse för befolkningstillväxten och för folkets hälsa.[9] Statens uppgift var att säkra de nationella ekonomiska intressena bland annat genom att säkerställa att befolkningen skulle stå under regeringens kontroll och därmed garantera dess materiella existens.

Utvecklingen av statsförvaltningen från slutet av 1600-talet till uppbyggnaden av en enväldig nationalstat innebar att man samlade och specialiserade specifika statliga funktioner. Detta fick också konsekvenser för statens relation till befolkningen. Det var i form av sociala kategorier (arbetare, tiggare, mödrar, bönder etc.) som invånarna var intressanta för staten. De skulle ordnas och åtgärdas utifrån hälsa, moral, arbetskapacitet och dygder och göras nyttiga för staten, vilket möjliggjordes genom vissa typer av teknologier. En sådan teknologi var den systematiska registreringen av befolkningens tillväxt och statliga åtgärder för att främja befolkningens hälsa varigenom statens välfärd således kunde gynnas.

I den merkantilistiska andan skapades också andra teknologier för att åstadkomma ny social och ekonomisk ordning. Den första ansatsen till denna nyordning omnämns som ”den stora inspärrningen” och ägde rum i slutet på 1600-talet, då det handlade om att få kontroll på de ”icke stationära befolkningselementen” som dessutom inte var arbetsföra, såsom tiggare, tjuvar och kringdrivande barn samt fattiga, sjuka och galna. På 1700-talet blev liv och hälsa ett politiskt problem, då man efter att ha fått bukt med

de mest allvarliga ordningsproblemen skulle främja hälsan och produktiviteten hos befolkningen.[10]

Statistikens betydelse

Det skedde en allt tydligare särskiljning i samhället i slutet på 1700-talet men framförallt under 1800-talet. Folkräkningarna bidrog till utvecklingen av den offentliga statistiken som kom att omfatta allt fler kategorier. Framväxten av statistiken var inte uttryck för humanistiska tankegångar om omsorger om folkhopens hälsa och tillväxt, utan grundade sig i de merkantilistiska idéerna, som nämndes tidigare. Det var dessa intressen som drev på inventeringar av landets tillgångar och fick till följd att Tabellverket inrättades 1749.[11] När det insamlade materialet vid mitten på 1700-talet skulle sammanställas kännetecknades arbetet i den då ombildade Tabellkommissionen (tidigare Tabellverket) av stor optimism. Med räknekonstens hjälp skulle man ta tillvara naturtillgångar och beräkna hur stor jordbruksareal man skulle behöva odla samt hur många yrkesverksamma som behövdes.[12] Statistikens lovande och vida användningsområden möjliggjorde övervakning av hälsan hos folket och blev ett kraftfullt verktyg bland annat i det kommande samhällsmedicinska reformarbetet och i beräkningar av befolkningstillväxten.[13] Desrosières har i sina historiska fallstudier visat att statistik fungerat som en enande kraft i skapandet av nationer och generella nationella intressen. Statistiken har därigenom kunnat mäta effektiviteten hos dessa intressen.[14] Andra studier visar att statistikens framväxt verkat differentierande i uppbyggnaden av statsapparaten i form av mer specialiserad kunskap om nationen, dess invånare och deras hälsa.[15]

Kartläggningarna av hälsotillstånd och levnadsförhållanden

Genom att prästernas bokföring av befolkningen i mantalslängderna fanns det en viktig grund för de stora inventeringarna av hälsotillståndet och levnadsförhållandena eftersom de samtidigt skulle rapportera misstänka epidemiutbrott.[16] Detta skedde i samarbete med provinsialläkare som skulle vidta andra åtgärder för att hindra ytterligare utbredning.[17] Provinsialläkarna skulle förutom att erbjuda vård också samla in information om det allmänna

hälsotillståndet i landet, vilket kunde innebära information om folklynne, levnadssätt, huskurer, hur människor bodde och hur barnen fostrades. Informationen skulle användas för att arbeta förebyggande. Provinsialläkarna skulle också rapportera eventuella farsoters förlopp jämte information om insjuknade och döda. Det var också deras uppgift att samla in information om de veneriska sjukdomarnas utbredning och förlopp. De skulle även undervisa i smittkoppsympning, besikta döda kroppar och genomföra rättsmedicinska undersökningar. Mottagare av all denna information var medicinarkollegiet Collegium Medicum Regium,[18] som blivit ett maktcentrum, främst genom externa krafter som förstärkt deras jurisdiktion.

I samband med en allmän oro för att pesten skulle återvända skapades 1737 Sundhetskommissionen som hade till uppgift att sammanställa insänd information för att snabbt vidta åtgärder i samarbete med medicinarkollegiet om det fanns tecken på att pesten skulle återvända.[19] Efter inrättandet av Tabellverket 1749, och med de första rapporter som inkom om smittkoppornas härjningar, ombads medicinarkollegiet att ge synpunkter och råd om vad man skulle göra åt problemen, ett tydligt tecken på tillit till professionens expertis och problemlösningsförmåga. Tillsammans med Sundhetskommissionen föreslog medicinarna kraftfulla åtgärder för hur dödligheten i smittkoppor och mässling skulle minskas, dock med en optimistisk beräkning om hur många som kunde räddas och hur man skulle göra det.[20] Detta var ett avgörande tillfälle för medicinarna att visa jurisdiktionell styrka genom deras förslags effektivitet. Det visade sig vara lyckosamt och den framgång som deras förslag rönte sporrade dem. Genom interna krafter inom professionen och mod genom djärva förslag förstärktes möjligheterna till ökad jurisdiktion. Hotet från smittkopporna medförde ett akut behov av deras expertis vilket gynnade dem.

Från kollegium till ämbetsverk

Det egentliga genombrottet för medicinen kom i mitten på 1700-talet då de medicinska verksamheterna förenades med de merkantilistiska idéerna som statsmakten var intresserade av.[21] Deras åtgärder mot smittkoppornas härjningar erkändes men

de betydde mycket för krigssjukvården.[22] Vid den här tiden förstärks kontrollen inom medicinen samtidigt som man får mer makt inom centralförvaltningen då de blev integrerade med andra sociala strukturer. Det tog således 150 år för det lilla medicinarkollegiet att bli ett regelrätt ämbetsverk, från 1663 då de fick kungligt privilegium till inrättandet av det nya statliga ämbetsverket Sundhetskollegiet 1813.[23]

Under 1800-talet inspekterade ämbetsmän olika hälso- och sjukvårdsverksamheter inom ramen för Sundhetskollegiet (senare Medicinalstyrelsen). Inspektörerna var läkare och de rapporterade om missförhållanden och kritiserade verksamheterna om detta var aktuellt. Men att kritisera verksamheterna kunde i sig tolkas som en illojal handling mot den egna kåren. Ämbetsmännen arbetade dock med stor självständighet och kunde påverka den allmänna opinionen. Detta var möjligt eftersom man kunnat hänvisa till sin roll som medicinsk expert men framförallt för att man systematiskt samlat kunskap om de verksamheter man hade ansvar för att övervaka. Detta skapade en förmåga att argumentera för sin sak med väl underbyggd information. Man kan säga att inspektörerna verkade i ett gränsland mellan politiken och ämbetsmannauppdraget.[24]

I professionsteoretiska termer kan man förklara detta genom att statsämbetsmännen här fungerat som ombud för allmänheten, då de skulle arbeta i folkets intresse. För att vinna framgångar på den legala arenan för anspråken på jurisdiktion krävs att man övertygar allmänheten om sin professionella kompetens och får exklusiv rätt till att arbeta med vissa uppgifter.[25]

Det faktum att statsämbetsmännen i Sundhetskollegiet/Medicinalstyrelsen och dess föregångare rekryterades från den medicinska professionen gör att förhållandet blir närmast symbiotiskt. I Abbotts terminologi skulle man kunna tala om *hinges* och *avatars*.[26] *Hinges* förstås som aktiviteter som pågår i två ekologier och som producerar dubbelriktade belöningar och *avatars* är institutionaliserade *hinges*. Med Sundhetskollegiet/Medicinalstyrelsen får med andra ord läkarprofessionen en *avatar* i statsadministrationen. Fördelarna för staten var tillblivelsen av en varaktig övervakningsfunktion och styrning samt legitimeringen av vissa medicinska praktiker. Fördelen för läkarprofessionen

blev en hegemonisk position med möjligheter att till viss del styra vilken slags medicin som ska vara legitim och därigenom legitimera dess utövare.

Medicinens ökade autonomi

Tillblivelsen av legitima medicinska utövare

I förra avsnittet beskrevs hur bildandet av ett statligt medicinskt ämbetsverk även skapade en överinstans, en *avatar* med Abbotts terminologi, som innebar makt för medicinen att själva legitimera medicinsk yrkesutövning av olika slag och reglera vilka som skulle få utöva denna verksamhet. Ämbetsverket agerade som en förlängd arm av staten och anpassade sin verksamhet som medicinsk polis till den rådande politiska inriktningen i merkantilistisk anda, dvs. att arbeta för ett förbättrat hälsotillstånd i landet. Medicinens position förstärktes genom en serie omorganiseringar och regleringar, varvid samhällsmedicinen konsolideras som allmän hälsoteknik med en hegemonisk medicinsk ordning. Omorganiseringarna tog sin början då Collegium Medicum fick kungligt privilegium och lade till Regium till sitt namn. Som nämnts tidigare uppgick det så småningom i det statliga ämbetsverket Sundhetskollegiet som senare bytte namn till Medicinalstyrelsen och fick utökat uppdrag.

Det är med skapandet av denna överinstans, befolkad med en kategori professionella utövare (teoretiskt utbildade läkare med doktorsgrad) som utrustas med makt över andra professionella utövare (t.ex. barberare, barnmorskor), som man kan säga att formeringen av en hegemonisk medicin uppstår och professionaliseringen tar fart. I den övervakningspraxis som därigenom skapas, förstärks föreställningen om läkarnas dominansposition och existensen av en enda legitim medicin. Under denna tidiga period, fram till 1800-talets mitt, omfattade föreställningen om en legitim medicin att den formats av den rätta politiken (samhällskroppens hälsa, liv och död) och de rätta interventionerna (förebygga/bota) och de rätta utövarna (vetenskapligt skolade läkare). Med Abbotts termer handlar det här om en ligering, själva sammankopplingen mellan aktörer och ett antal sociala relationer och aktiviteter.[27] Tydligt är just att man lyckats verka i flera ekologier samtidigt,

den statliga, politiska och professionella (av vilka den senare var mycket liten men hade en särskilt avgörande position).

Tvister om rätten till viss utövning

Relationen mellan den legitima läkekonsten och dess utövare och folkmedicinen och dess utövare var mycket obalanserad. De som sysslade med folkmedicin var inte mobiliserade i några sammanslutningar. Däremot var kirurgerna med sitt ursprung i barberarskrået mobiliserade i Chirurgiska Societeten och var välsignade med skråprivilegier redan 1571. De var med andra ord den första organiserade och erkända yrkeskategori som kan räknas bland legitima medicinska yrkesutövare. Men deras hantverksmässiga verksamhet kom länge att uppfattas som fallande inom Kommerskollegiets tillsynsområde och tvister mellan olika skrån skulle därför hanteras där. Det förekom t.ex. återkommande tvister med badarna som också delvis skötte sårläkning. Tvisterna kunde handla om regler för hur man skulle skylta om sin verksamhet eller om att barberarna ansåg att badarna gjorde intrång på deras privilegier.[28]

Ett exempel från en konflikt på 1600-talet mellan barberarna (kirurgerna) och badarna visar hur uppkomna situationer kan användas för att förskjuta jurisdiktioner då man vänder sig till en överinstans för rådgivning eller bistånd i någon fråga.[29] Detta var en konflikt som blev avgörande för framtiden för barberarna (kirurgerna). Badare och barberare hade hamnat i tvist om rätten att utöva sårläkekonst och man valde att rådfråga Kommerskollegiet.[30] Resultatet blev en oklar kompromiss, vilket man inte nöjde sig med. I stället vände badarna sig till Collegium Medicum med frågan om någon av lärde medici ville delta i badarnas skråexamination. Deras anhållan avslogs vilket bidrog till att barberarna stärktes. Denna handling från medicinarkollegiets sida kan ses som en handling som representerade ett erkännande av barberarnas (kirurgernas) verksamhet. Det blev kirurgerna som med medicinarna fick en delad jurisdiktion inom läkekonsten. Gränsdragningen innebar att de ansågs som de rätta utövarna av den hantverksmässiga sårläkekonsten. Med andra ord upprättades på den legala och publika arenan en relation mellan en specifik arbetsuppgift och en aktör – en ligering som i Abbotts mening ledde till en delad jurisdiktion med de teoretiska

medicinarna som stod för annan medicinsk verksamhet än just den kirurgiska verksamheten.[31]

Gränsen mot kvacksalveriet

Collegium Medicum Regium utarbetade 1688 nya medicinalförordningar, vars innehåll betonade teoretiskt kunnande och förslag på ordning och reglering av den medicinska verksamheten. Detta innebar bland annat att ingen ”medicus av främmande nation” fick lägga hand på de sjuka och att landsortsstäderna skulle förses med ”infödda svenska medici”. Dessutom skulle alla som sökte provinsialläkartjänster eller stadsläkartjänster avlägga examen inför kollegiet.[32] Genom en klassisk stängningsstrategi, dvs. genom att i Webersk mening begränsa andra samhällsgruppers möjligheter, skapade de teoretiska medicinarna en maktbas, en kontrollerande instans.[33] De skaffade sig överblick och kontroll över medicinsk yrkesutövning, både den legitima läkekonsten och de illegitima utövarna – kvacksalvarna.

Inom medicinen fanns dock egentligen ingen utmaning mot den rådande ordningen vad gäller den praktiska utövningen eftersom de flesta utövarna redan inordnats under viss tillsyn av medicinarkollegiet. Revideringen av medicinalförordningarna skedde dock under kuppliknande omständigheter varför den väckte starkt motstånd bland barberare och apotekare, som såg sina privilegier hotade. Efter många skrivelser och sammanträden reviderades dock förordningarna till de senares förmån. Förordningarna stadfästes först tio år senare, 1698.[34] Bland utövarna inom det medicinska yrkesområdet började i detta läge formas en allt skarpare gräns mellan de teoretiska medicinarna (läkarna) och yrkesgrupper som motsatte sig den nya ordningen eller hamnade utanför det som betraktades som legitimt.

Den nya medicinen – teori och kirurgi

En maktstrid kom att pågå under hela 1700-talet och som involverade kirurger och teoretiska medicinare. Bakgrunden var i en växande kritik mot skråväsendet och detta underminerade kirurgernas ställning. Kritiken splittrade kåren internt. Den avgörande frågan för kirurgerna var om ”man skulle anamma medicinens krav på akademisk boklärd kunskap eller stå fast vid sitt

hantverksmässiga kunnande?” Den strategi de senare valde, ”upphöjelse via imitation” av den teoretiska medicinen, blev deras fall och Chirurgiska Societeten inordnades 1797 under Collegium Medicum Regium.[35]

I inordningen sker en amalgamering,[36] en sammansmältning som förenar två yrkeskulturer, kirurgi och teoretisk medicin. För medicinarna utgjordes verksamheten i högre grad av ett teoretiskt sanningssökande och för kirurgerna handlade det om kommersiellt hantverk, men detta visade sig vara en lyckad kombination. Medicinarna hade det politiska förtroendet hos staten/kronan, framförallt i fråga om att reformera krigssjukvården, och kirurgerna den mest passande logiken, skråtänkandet, och de var bättre organiserade.[37] Kirurgerna var sedan tidigare jämställda med apotekarna som *administri doctorum*, det vill säga ej riktiga läkare, men sammangåendet med medicinarkollegiet medförde en ny beteckning för kirurgerna, nämligen *chirurgie magister* och de blev *membra* av Collegium Medicum Regium, det vill säga legitimerade läkare.[38] Man kan se denna lösning av striden som en intellektuell jurisdiktion, där de teoretiska medicinarna behåller den kognitiva kontrollen över verksamhetsområdet samtidigt som kirurgerna tillåts arbeta inom området. Tillsammans ökade de territoriet, själva området för jurisdiktionen och fältet blir starkare.

Olika hemvister för olika läkarpraktiker

Tidigare i kapitlet beskrevs hur omsorgerna om folkhälsan utvecklades parallellt med traditionellt läkararbete. Denna utveckling bidrog till att skapa förutsättningar för en arbetsdelning där en del av medicinen ansvarade för samhällskroppens hälsa och en del för de fysiska kropparnas hälsa. Arbetsdelningen mellan samhällsmedicin och kroppsmedicin kom senare att få följder för organiseringen av hälso- och sjukvården genom medicinalpolitiken. Den kom att tidvis betona å ena sidan utbyggnad av öppna vårdformer och förbyggande arbete samt å andra sidan utbyggnad av den slutna vården, som i slutet av perioden kom att stärkas och konsolideras.[39] Den organisatoriska utvecklingen kom således att bli central för de institutionella baserna eller hemvisterna för de två medicinska formerna. I organiseringen sammanlänkas således platser, aktörer och uppgifter enligt Abbotts sätt att tänka.[40] Den medicinska

professionsekologin kom därmed att förstärkas. Dessutom hade medicinarna via ett statligt ämbetsverk starka kopplingar till den statliga ekologin. Utbyggnaden av hälso- och sjukvården följde dock en befintlig struktur, vilket belyses i nästa avsnitt.

Sortering efter reparerbarhet och organisatorisk utveckling

Staten hade genom sekulariseringen kunnat överta betydande ekonomiska tillgångar från den katolska kyrkan, men övertagandet av gods och gårdar innebar även ett övertagande av alla helgeandshus, hospital och sjukstugor som tillhörde godsen.[41] På hospitalen samlades en heterogen skara människor: smittsamma sjuka, fattiga, socialt utstötta och mentalt sjuka, en oordnad blandning som kom att finnas där en lång tid in på 1700-talet. Men genom fattigvårdslagstiftningen 1642 avgränsades fattigstugorna från hospitalen i ett försök att kontrollera fattigvårdsproblemet och tiggeriet.

Tre grundformer – kroppsvård, mentalvård och fattigvård

Den grova organiseringen i kroppsvård, mentalvård och fattigvård motsvarades av bardskärarämbetet i Stockholm, hospital och fattigtiondet i socknarna.[42] Det var en mycket hållbar organisering visar det sig, som även idag kan urskiljas i landstingens organisering av sjukvård, psykiatriska vårdinrättningar och kommunernas ansvar för socialtjänst. ”Socialtjänsten” bestod på den tiden av fattigstugor, hospital och barnhus, som kom till för att kunna hålla ordning på de sociala problemen.[43] Vid 1700-talets mitt tillkom två förordningar som kan ses som milstolpar i förhållandet mellan socknens fattigvård och statens hospital och barnhusinrättningar. De kom att understödja lasarettens utveckling och avgränsningar men innebar även en tydligare koppling till det statliga intresset för befolkningsökningen utifrån merkantilistiska motiv.

Tre grupper av fattiga

Genom 1763 års förordning angående hospital och barnhusinrättningar i riket skulle man dela in de fattiga i tre grupper. Den första gruppen var de som saknade anhöriga, gamla, skadade

eller icke arbetsföra. Den andra gruppen var de man inte vill ha ute i samhället, dvs. mentalt sjuka, eller de med smittsamma eller obotliga sjukdomar. Denna grupp hade förtur till de statliga hospitalen. Den tredje gruppen var barn i nöd. Denna kategoriindelning skulle avlasta hospitalen men framförallt hålla ordning. I den merkantilistiska andan var det värt att satsa på barnen.

Sorteringen efter reparerbarhet blev ännu tydligare efter genomförandet av 1766 års förordning. Detta blev synligt genom anvisningarna om hur man skulle prioritera vid intagningen till hospital. Huvudprincipen var att man skulle läggas in på lasarett. Om patienten inte kunde botas betraktades denne som obotlig och skulle därför vidarebefordras till hospital. Under den här tiden hade man dock ändrat synen på mentalsjukdom som obotlig. Det fanns med andra ord möjligheter att bota de mentalsjuka. Det betyder att isoleringen som från början hade praktiska orsaker (att ta hand om de intagna och skydda samhället), fick senare ett nytt motiv, nämligen en botande roll. Dock var det fortfarande en del i behandlingen att isolera patienterna.[44]

Separation av medicinska frågor och fattigfrågor

Under 1800-talet kom en rad utredningar om fattigvården. Socknens ansvar för öppen och sluten fattigvård slogs fast 1847 i fattigvårdsförordningen. Man kan säga att då separerades de medicinska frågorna och fattigfrågorna. Fattigfrågorna var emellertid i praktiken rätt svåra att separera från provinsialläkares och stadsläkares uppdrag, dvs. att ha tillsyn över sanitära risker och andra sjukdomsalstrande levnadsförhållanden. Det blir därför viktigt att följa utvecklingen av både de öppna vårdformerna (provinsialläkarnas och stadsläkarnas verksamhet) och de slutna vårdformerna, dvs. utbyggnaden av sjukstugor och hospital, eftersom institutionerna utgör materialiserade uppgiftsområden där yrkesgruppers jurisdiktioner kan befästas (dvs. professionella territorier avsedda för vissa professionella aktörer).[45] Den rådande medicinalpolitiken stödde dock utbyggnad av öppna vårdformer och förbyggande arbete omväxlande med utbyggnad av den slutna vården, vilket närmare beskrivs i nästföljande avsnitt.[46]

De öppna vårdformerna – provinsialläkarna

Uppbyggnaden av det tidiga svenska hälso- och sjukvårdssystemet karaktäriseras av en betoning på utbyggnad av provinsialläkar- och stadsläkartjänster, en idé som kan spåras tillbaka till 1688 års medicinalförordningar. Utövande av medicin var från början en kommersiell verksamhet där privatläkare erbjöd sina tjänster, men från tiden kring 1700-talets mitt skapades provinsialläkarväsendet, med *provincial medicus* i offentlig tjänst.[47]

Löner betalades vanligtvis av lokala organ men det förekom att visst statsbidrag lämnades. Städerna Stockholm, Göteborg och Norrköping fick tidigt medicinska kontor med stads- och provinsialläkare. Av den första förordningen från 1744 framgår det att varje *provincial medicus* skulle anmäla sig till Collegium Medicum Regium och där lämna en kopia av sin fullmakt för att vinna medlemskap. Innan han fick tillträda sin tjänst skulle tro- och ämbetseden sväras antingen i kollegiet eller hos landshövdingen på den ort han skulle betjäna.[48] Här ses således en tydlig sammankoppling mellan den statliga ekologin och de kommersiella läkarna, i nya relationer mellan aktörer och uppgifter och platser, något som i sin tur stärker den medicinska jurisdiktionen.

Provinsialläkarna skulle förutom att erbjuda allmänheten vård också leverera information till Collegium Medicum Regium om hälsotillståndet i landet. Detta kunde innebära rapporter om den medicinska topografin, dvs. hur man levde, vad man åt och drack, boningshusens beskaffenhet, barnens fysiska fostran och vilka huskurer som användes. I de fall det uppmärksammades brister hos befolkningen kunde läkarna bistås av prästerna, som också skulle rapportera misstänka epidemiutbrott till landshövdingen som i sin tur skulle rapportera till provinsialläkaren. Denne hade som ansvar att dela ut medicin eller vidta andra åtgärder för att hindra ytterligare utbredning. Information om farsotens förlopp och när den försvunnit, samt information om hur många som varit sjuka och sedan tillfrisknat eller avlidit, skulle rapporteras. Man skulle även utöva tillsyn över apoteken, bistå djurläkare, besiktiga beväringsmanskapen, ge vård vid arrestlokaler samt överse barnmorskornas och jordemödrarnas verksamhet. All denna information skulle nedtecknas i en årsberättelse som skulle sändas in till medicinarkollegiet för granskning.

Den öppna vården blev en statlig angelägenhet

Provinsialläkarväsendet förstatligades 1773 och en medicinalstat upprättades, bestående av 32 provinsialläkardistrikt. Detta medförde dock ingen avlöning för stadsläkarna då de uppfattades som stadens angelägenhet och skulle avlönas därifrån. Vid slutet av 1700-talet förekom läkarvård på fångvårdsanstalter utförd av en särskild tjänsteläkare eller den ”medicus eller fältskär som fanns närmast till hands”, vilket i praktiken innebar en arbetsuppgift för provinsialläkarna.[49] Stadsdistriktsläkare omnämndes för första gången 1827 och då som fattigläkare. Distriktsläkare var en ny tjänstekategori från 1840 och skulle fungera som provinsialläkare vid bruk och inrättningar på landet samt vid ”menigheter”.[50] Antalet distrikt fyrdubblades mellan 1700 och 1730 och tredubblades mellan 1730 och förstatligandet 1773. Detta kan förefalla mycket men i realiteten handlade det till att börja med om 3 distrikt, som blev 12 och som 1773 var 32, vilket i det här sammanhanget speglar det ungefärliga antalet provinsialläkare.[51]

En statlig angelägenhet utan statlig tillsyn

Det förebyggande arbetet och bekämpandet av epidemier, framför allt kolera, som härjade vid mitten av 1800-talet, påverkades av kungliga koleraförordningar med anmodan att upprätta tillfälliga ambulatoriska sjukhus. Statsmaktens åtgärder vid epidemier är tydliga tecken på att externa krafter utanför den professionella ekologin inverkar till att vidga det professionella territoriet och öka jurisdiktionen.

Likaså utfärdades direktiv om att inrätta sundhetsnämnder, som kom att bli permanenta efter 1834. Dessa nämnder fick, tillsammans med sockennämnderna, i uppgift att övervaka omgivningarnas renlighet och snygghet, vilket så småningom ledde till ett mer allmänt förebyggande hälsoarbete. 1859 kom ett lagförslag på en tillsynsmyndighet för sundhetsförhållandena, men förslaget antogs inte förrän i landets första hälsovårdsstadga 1874, hela femton år senare. I samband med hälsovårdsstadgans verkställande skedde inrättandet av hälsovårdsnämnder, som då fick tillsynsansvaret lokalt. Stadsläkaren var en viktig representant i nämnden.[52]

I samband med hälsonämndernas inrättande gav Sundhetskollegiet ut råd och anvisningar för ”de viktigaste omständigheter, som menligt inverka på det allmänna helsotillståndet”, vilka ansågs vara:

1. Brist på frisk eller tillräckligt ren luft i bonings- och andra rum, därmänniskor vistas, samt i deras omgivningar.
2. Bristande eller knapp tillgång på gott vatten till dryck och matlagningsamt till tjänligt vatten för andra hushållsbehov och renhållning.
3. Otillräcklig eller otjänlig föda.
4. Försummad renlighet eller snygghet.
5. Kalla, dragiga bostäder; otillräcklig beklädnad.
6. Missbruk av starka drycker. Osedlighet.
7. Obenägenhet eller uraktlåtenhet att vid sjukdom anlita läkare och attiakttaga givna föreskrifter mot smittsamma sjukdomars spridande.[53]

Det var således omgivningsfaktorer gällande hygien som var i fokus för den kommunala eller allmänna hälsovården. Men för att genomföra effektiva åtgärder behövde man som stadsläkare eller provinsialläkare komma överens med aktörer på den lokala nivån, t.ex. distriktssköterskor, barnmorskor, präster men också förtroendevalda, samt med dem som arbetade praktiskt med avfallshantering, vattenförsörjning etc.[54]

För just denna del av det medicinska fältet var det överhuvudtaget svårt att genomdriva åtgärder, med tanke på alla aktörer som dessa läkare skulle övertyga. För att vinna gehör för sin professionella kunskap och vad som behövde göras behövde stadsläkaren eller provinsialläkaren kunna klassificera problemen, resonera kring dem och agera utifrån dem och t.ex. erbjuda effektiva behandlingar eller lösningar.[55] Dessutom var relationen till den statliga ekologin svag, eftersom platserna här var staden och socknarna. Frågorna som rörde hygienen var tätt förbundna med lokala angelägenheter, eller med ett annat uttryck lokala ekologier. Det som saknades var en tydlig relation till statens intresse för folkets hälsa, som i sin tur hade kopplingar till de merkantilistiska intressena. Sundhetskollegiets tillsyn var begränsad till vårdinrättningar,

dvs. fysiska enheter, medan stadens problem med hygien var utspridda och de som utövade verksamhet inom hälsoområdet tog ansvar för sina områden. För att rationalisera detta krävdes samordning och analys för att formulera ett gemensamt synsätt. Det fanns problem att klassificera och åtgärda samt ett behov att finna aktörer som kunde genomföra åtgärderna. Samtidigt saknades en tydlig plats, i betydelsen *location*, som Abbott uttrycker det, som skulle befästa ligeringen, dvs. själva relationen mellan aktör och plats som i sig är konstituerande. De facto var ju de samhällshygieniska problemens område relativt oklassificerat, och därmed inte tydligt föremål för professionell kunskap utövad av akademiska professionella. Väl klassificerade professionella problem ger logisk klarhet i en rörig verklighet.[56]

Det blev alltså ett glapp på 15 år i tillsynen av den öppna och förebyggande vården. Men till slut inrättades hälsovårdsnämnder, där tillsynen skulle ske. En bidragande orsak till dröjsmålet kan vara att det inte fanns någon organisatorisk tradition för detta ändamål att falla tillbaka på, vilket ledde till en valhänt och trevande situation. Även Sundhetskollegiets negativa inställning spelade roll. Deras syn gick ut på att detta arbete inte behövde en särskild tillsynsmyndighet utan kunde inordnas dels i deras eget ansvarsområde, dels under socken- och sundhetsnämndernas ansvar. Senare, år 1877, ombildades Sundhetskollegiet till Medicinalstyrelsen, ett par år efter tillkomsten av den nya hälsovårdsstadgan 1874, och med det tillföll uppgiften att överse det förbyggande hälsoarbetet i de nya hälsovårdsnämnderna.[57]

De slutna vårdformerna – lasarettsläkarna

De slutna vårdformerna bestod av lasaretten, kurhusen och hospitalen, som blev hemvist för lasarettsläkarna eller sjukhusläkarkåren. Sjukhusläkarkårens uppkomst kan dateras till 1752 då Serafimerlasarettet öppnades. Kåren var liten och hade länge en underordnad roll. Serafimerlasarettet var ett rikssjukhus och finansierades med medel från hela landet. Efter 1765 fick länen använda de medel de tidigare skickat till Serafimerlasarettet och kunde då öppna egna länslasarett. Tillväxten var stadig: 1781 fanns det 16 länslasarett och år 1811 hade de ökat till 33. Dock

var de flesta små, mest att jämföra med små sjukstugor, och på grund av detta var det under lång tid möjligt att ha en enda huvudman för lasaretten, kurhusen och hospitalen, nämligen Serafimerordensgillet.[58]

Anstalter där sinnessjuka förvarades, tillsammans med fattiga och kroniskt sjuka, var de medeltida helgeandshusen och hospitalen av vilka omkring 40 existerade vid mitten av 1700-talet. De var från början enskilda anstalter och kom 1756 att förses med en central överstyrelse, men efter 1787 gavs detta ansvar till Serafimerordensgillet (som ju även hade tillsynsansvar för lasarett och kurhus). De fick i sin tur senare lämna över ansvaret till Sundhetskollegiet (senare Medicinalstyrelsen).

Hospitalen härbärgerade under den första hälften av 1880-talet huvudsakligen personer med obotliga sjukdomar och endast en liten andel sinnessjuka. Inte förrän 1858 reserverades de för detta ändamål och det föreslogs att man skulle byta beteckningen hospital mot sinnessjukhus, vilket också skedde. Varje sinnessjukhus skulle ha en överläkare och minst en biträdande läkare enligt de nya reglerna.[59] För varje ny överläkartjänst skapades en specialiseringsmöjlighet, vilket samtidigt är symboliskt viktigt för professionen. Rent praktiskt innebar sådana tjänster att vetenskapliga studier kunde bedrivas på den patientgrupp eller sjukdom som specialiseringen bygger på. Länken till vetenskaplighet är mycket viktig för professioners uppbyggnad och förstärkningen av diagnostiska klassifikationssystem för de problem som professionen gör expertisanspråk på. Vetenskaplighet är den högsta valutan i dessa sammanhang.[60]

Parallella maktstrukturer skapas

Efter 1862 fick lasarettsläkarna en friare ställning gentemot de administrativa myndigheterna och blev ensamma medicinskt ansvariga för sjukvårdens innehåll, medan lasarettsdirektionen ansvarade för ekonomin.[61] Detta innebar en kraftig förstärkning av läkarnas jurisdiktion genom att de fick ensam kontroll över det medicinska arbetet på lasaretten.[62] Parallellt tillkom också kommunstyrelser där stadsfullmäktige eller motsvarande hade ansvar för hälso- och sjukvården i staden.[63]

Sammantaget är under denna period tillväxttakten låg i hälso och sjukvården med undantag för kroppssjukhusens kraftiga ökning från mitten av 1800-talet. Ökningen kan relateras till landstingens tillblivande och den börda som de veneriskt och smittsamma sjuka utgjorde på lasaretten. Lasarettens och kurhusens framtid vävdes samman genom en gemensam finansiering, där en stor del avsattes till kurhusen och lokal förvaltning av dessa blev vanligare. Sundhetskollegiet började vid denna tidpunkt att bevaka de professionella läkarintressena, då man hyste misstänksamhet mot sjukhusdirektionernas kompetens att förvalta sjukhusens utveckling. Detta kom att bli en stridsfråga.[64]

Med andra ord växer nya former av central och lokal förvaltning fram, vilket kom att leda till en konstellation bestående av Sundhetskollegiet, landstingen och sjukhusdirektionerna, en ordning som befästs i 1864 års instruktion som gjorde lasarettsläkaren till medicinsk expert och ensam ansvarig för sjukvården medan sjukhusdirektionen ansvarade för drift och ekonomi. Man kan se detta som en *delad jurisdiktion* eftersom flera yrkesgrupper samarbetar kring vissa arbetsuppgifter men med en tydlig markering av respektive kunskaps- och kompetensområde.[65]

Kroppsmedicinens hemvist förstärks

Mekanismerna bakom den kraftiga utbyggnaden av den slutna kroppssjukvården visar ett komplext system av stödjande faktorer. Viktigt var att man koncentrerade sig på en fortsatt sortering av de sjuka efter deras reparerbarhet, i enlighet med tidigare organisatoriska traditioner: sluten kroppsvård på lasarett och kurhus, öppen kroppsvård genom provinsialläkarväsendet, sluten mentalvård på hospital. Man eftersträvade resursutjämning, till exempel genom satsningen på de veneriskt sjuka och kurhusen, vilket blev draghjälp åt lasarettsutbyggnaden. Läkarkårens allt starkare kontroll över sjukvårdens organisering och inriktning var också betydelsefull för professionaliseringen av det hegemoniska medicinska fältet. Genom den nära relationen mellan professionsekologin och den statliga ekologin, genom Medicinalstyrelsen som *avatar,* kunde läkarna hålla icke behöriga borta från den legitima medicinen, därav den hegemoniska positionen.[66]

Som nämndes tidigare, rådde det brist på organisatoriska idéer när det gällde frågan om det förebyggande hälsoarbetet, vilket gjorde att det föll tillbaka i gamla mönster. Därför fick det förbyggande hälsoarbetet ingen egen tillsynsmyndighet utan blev på ett sent stadium inordnat i Medicinalstyrelsen.[67] Med anknytning till det resonemang som fördes inledningsvis i kapitlet tycks samhällsmedicinen, med sitt intresse för folkhälsan, under denna period ha tappat institutionell bas och det är i stället kroppsmedicinen som utvecklas och stärks i detta avseende. Den institutionella basen är en stark kraft i det som Abbott benämner professionell ekologi, med dess tre komponenter: *actors*, *locations* och *relations*. Om *locations* eller platser, i bemärkelsen en uppsättning kontrollerade uppgifter/uppgiftsområden, sammanfaller med fysiska entiteter, såsom särskilda organisationer och byggnader, stärks det jurisdiktionella territoriet ytterligare.[68] Men hur speglar läkarutbildningens utveckling och organisation professionsutvecklingen? Detta avhandlas i nästa avsnitt.

Mot en enhetlig läkarutbildning

Den förste svensken med medicine doktorsgrad hette Benedictus Olaus och var utbildad utomlands. Hans studier hade betalats av Gustav Vasa och han blev senare livläkare hos både Erik XIV och Johan III.[69] Det var endast ett fåtal som kunde ägna sig åt den medicinska banan eftersom det erfordrades att man erhållit en doktorsgrad vid ett utländskt universitet för att få kalla sig läkare i Sverige. Den första svenska lärostolen i medicin skapades 1595 i Uppsala, men besattes först 1613. Antalet som studerade medicin var dock försvinnande litet: år 1656 fanns endast en studerande i medicin av totalt 1 294 universitetsstuderande i landet. Ett stycke in på 1700-talet skapades undervisningssjukhus, så kallade *nosocomium academicum*. Det första inrättades vid akademiska sjukhuset i Uppsala 1717 utifrån ett förslag som lagts fram redan 1571 av kungens holländske livläkare; det andra var länslasarettet i Lund som startade 1768.[70] På grundval av de två tidiga läkarkulturerna, dvs. teoretiskt utbildade medicinare och praktiska kirurger, fanns från början separata utbildningsvägar. För medicinarna handlade det om universitetsstudier, ofta utomlands eller på inhemskt

universitet i kombination med studieresor i Europa. Kirurgerna eller barberarna tillhörde bardmästarskrået Chirurgiska societeten. Yrket var ett hantverk och byggde på ett mästare/lärlingssystem. De färdigutbildade gick under namnet mästarfältskärer eller kirurger. Sedan Chirurgiska societeten upplösts 1797 och uppgått i Collegium Medicum Regium övertog detta också tillsynen av kirurgernas utbildning och såg samtidigt till att strama upp den.

De nya reglerna för kirurgerna innebar en lärlingstid på tre år hos en mästerfältskär, följd av examination inför kollegiet. Då blev man *chirurgie studiosus* och kunde tjänstgöra som underkirurg på sjukhus eller som kompanifältskär. För att bedriva egen praktik som *chirurgie magister* krävdes ytterligare fyra års studier samt praktiska moment under sex månader vid Serafimerlasarettet. I utbildningen ingick att bevista undervisningen vid anatomiska inrättningen, som då sköttes av tre fristående professurer. Dessutom skulle tre förhör inför medicinarkollegiet ske.

En medicine licentiat eller medicine doktor, dvs. en teoretisk medicinare, kunde bli *chirurgie magister* genom att tjänstgöra sex månader på Serafimerlasarettet och genomgå det tredje förhöret. En ny examensstadga trädde i kraft 1815, vilken innebar att man avlade den medicinska doktorsgraden vid något av universiteten och *chirurgie magister* vid det medico-chirurgiska institutet. Detta betraktades då som en komplett medicinsk utbildning.[71] Vid mitten av 1800-talet bedrevs läkarutbildning på två universitet, Uppsala och Lund.[72]

I början på 1800-talet var läkarkåren inte särskilt omfattande: enligt en läkarförteckning från 1805 utgjordes den av sammanlagt 281 personer. Ytterligare 31 personer var nedtecknade på läkarförteckningen men dessa var inte legitimerade utan hade särskilda förordnanden. Endast 52 läkare hade både kirurgisk och medicinsk examen.[73] År 1850 bestod läkarkåren av 463 läkare, varav 396 hade komplett utbildning och antalet läkare med endast kirurgisk utbildning hade sjunkit till 5. Den första stora läkarexpansionen skedde mellan 1880 och 1900, då läkarnas antal mer än fördubblades från 663 till 1 336, vilket vi återkommer till senare.[74]

Medelklassursprunget

Uppkomsten av läkarkåren och dess sociala historia kan knytas till en framväxande borgerlig medelklass. Många av medicinarna

och kirurgerna hade sitt ursprung i de ofrälse ståndspersoner som korsade ståndsgränserna och var en heterogen kategori. De tillhörde ett slags medelskikt som utvecklades starkt i takt med att skråväsendet sakta upplöstes och adelns makt gradvis försvagades inom centralförvaltningen. Denna medelklass var en stark grupp ur ekonomiskt och kulturellt hänseende med nyckelpositioner i närheten av växande områden som vetenskap, teknik och administration. Generellt hade medelklassen fått en viktig position i den framväxande centralförvaltningen sedan stormaktstiden men de saknade egen representation i riksdagen eftersom de inte utgjorde ett stånd i egentlig mening. De kunde hävda krav på politisk representation på grund av sin sociala och ekonomiska ställning.[75] Detta var ett viktigt steg mot ökat alliansbyggande i form av fler och tätare relationer – med Abbotts begreppsapparat exempelvis *hinges* som producerar dubbelriktade belöningar i den professionella och den statliga ekologin.[76]

Professionaliseringsprocesser

Professionaliseringsprocesser representerar de förändringar som kan härröras till en yrkesgrupps övergång till att bli en profession. Vi konstatera att medicinarna tidigt försetts med en möjlighet att vaka över andra yrkesgruppers verksamheter; härvid har medicinarkollegiets utveckling och roll haft avgörande betydelse för kontrollen av jurisdiktionen. Kollegiet, med sin närhet till centralförvaltningen, har haft ett slags legitimerande position som gjort det möjligt att inhägna vissa arbetsuppgifter och skaffa sig legal jurisdiktion över utövandet samt att begränsa andra gruppers möjlighet att göra sig gällande. Framgång på den legala arenan hänger också samman med framgångar på den publika arenan, dvs. hur professionen lyckas sprida övertygelsen att de är de rätta utövarna och besitter den rätta kompetensen.[77]

Professionen som enhet

För att lyckas på den publika arenan måste man uppvisa enhet, dvs. demonstrera att det handlar om en enda yrkesgrupp och inte flera. Läkarutbildningens enhetliggörande var ett steg i den riktningen. Kirurger blev en typ av läkare i stället för att vara konkurrenter till de teoretiska medicinarna. Provinsialläkarna arbetade annorlunda än vad lasarettsläkarna gjorde men utbyggnaden av både de slutna och de öppna vårdformerna ökade behovet

av läkare generellt. Genom den kraftiga expansionen av slutenvården stärktes bilden av lasarettsläkarna som ensamt ansvariga för sjukvården 1864 och läkarnas jurisdiktion förstärktes ytterligare. Förstatligandet av provinsialläkarväsendet vid mitten av 1700-talet bidrog till att skapa ett jurisdiktionellt inhägnat territorium som i stort sett utestängde de privatpraktiserande läkarna.[78]

Det återstod dock en del arbete innan någon kollektiv mobilisering i riktning mot en enhetlig yrkeskår blev märkbar. Det finns tecken på tidig organisering i föreningar men då främst avseende praktiska och lokala frågor. Lokala läkarföreningar bildades under 1800-talets första hälft och samarbetade på vissa håll med apotekarna. Svenska Läkaresällskapet, som bildades 1807, var mer inriktat på vetenskapliga frågor och kom också att ha inflytande på gränsdragningar i fråga om läkekonstens område.[79] Att kollektivt och med enighet diskutera och förhandla om kårens expertisanspråk krävde att medlemmarna visste varför och hur man skulle hantera de professionella arbetsuppgifterna. De vetenskapliga diskussionerna fyllde härvid en viktig funktion för enandet av läkarkåren.[80] Även om en hel del diskussioner utmynnade i enighet fanns också meningsskiljaktigheter, särskilt vad gällde olika metoders effektivitet.

Oenighet kring gymnastiska metoder

Ett exempel på oenighet bland läkarna var när Svenska Läkaresällskapet uttryckte sin starka motvilja mot det väl förankrade naturfilosofiska och romantiska synsättet. Detta blev tydligt i konkurrensen mellan Linggymnasterna och de ortopediska gymnasterna kring 1830. Henrik Ling hade 1813 inrättat Sveriges första gymnastiska institut, Gymnastiska centralinstitutet. Institutet hade en naturfilosofisk inriktning, med betoning på helhetssyn och manuell behandling. Svenska Läkaresällskapet var starkt kritiskt till det naturfilosofiska och ingrep i ett flertal konflikter för att försvara de ortopediska gymnasterna från Gymnastiskt-ortopediska institutet.[81]

Ling var gymnast och fäktmästare med lång praktisk verksamhet. Han var inte formellt medicinskt skolad som Nils Åkerman var och som företrädde Gymnastiskt-ortopediska institutet. Ling respekterades inte av medicinarna, troligen på grund av denna

avsaknad av formell medicinsk skolning. Åkerman presenterade vid ett flertal tillfällen sina ortopediska gymnastiska metoder för Svenska Läkaresällskapet. De ortopediska metoderna var kritiserade och debatterades i dagstidningarna. Rykten menade att man använde tvång och sträckbänkar. Den ortopediska gymnastiken var då mycket praktiskt orienterad och först senare stödde de sig på rön från utvecklingen inom anatomi, fysiologi och patologi. Detta, och att metoderna var internationellt kända, underlättade sannolikt relationen till läkarna. Vid ett tillfälle avslog Riksdagen Gymnastiskt-ortopediska institutets statsbidragsansökan och statsbidraget blev beviljat igen först efter att Svenska Läkaresällskapet ingrep och yttrade sig i positiva ordalag. Trots det övervägande positiva stöd som ortopederna fick av Svenska Läkaresällskapet fanns det dock medicinare som fortfarande trodde mer på den naturfilosofiskt inriktade sjukgymnastiken.[82]

Svenska Läkaresällskapets erkännande av den ortopediska gymnastiken på bekostnad av Linggymnastiken kan tolkas som en form av alliansbyggande, då de ortopediska gymnasterna erkändes på grund av sin medicinska skolning. De ortopediska gymnasterna fick så att säga sin välsignelse genom ”högre makter”. Svenska Läkaresällskapet förstärkte banden till medicinarkollegiet och gjorde gemensam sak i bevakningen av jurisdiktionen. Konflikten mellan Linggymnastiken och de ortopediska gymnasterna kom dock att fortsätta in i nästa sekel. Eftersom medicinen generellt hade svårigheter med att bevisa behandlingars effektivitet fanns det stora residualområden för andra yrkesgrupper att verka inom.[83] Gymnastiska metoder var ett sådant område.

Medicinens kunskapsutveckling – professionens kognitiva karta

Hittills har framställningen tecknat en bild av statens behov av ordning och reda i den framväxande nationen och dess behov av en stark befolkning som både kunde arbeta och försvara landet. Medicinarkollegiet hade kunnat fylla en del av de övervaknings- och interventionsfunktioner som krävdes och skapades av den framväxande statsförvaltningen. Organiseringen av öppenvården och slutenvården följde en redan befintlig basstruktur med

kroppsvård, mentalvård och fattigvård. Provinsialläkarna var först, men i och med utbyggnaden av slutenvården via hospitalen och kurhusen fick medicinen ett värdefullt institutionellt och symboliskt hem, dvs. kliniken. Frågan är på vilken professionell kunskapsbas den legitima medicinska verksamheten vid den här tiden vilade, vilket nu återstår att teckna.

Professionell kunskap

Vad är professionell kunskap och vad avgör vilka arbetsuppgifter en profession kan betrakta som sina? Andrew Abbott har skrivit om hur yrkesgrupper konkurrerar och gör anspråk på ett visst uppgiftsområde som han kallar för *jurisdiktion*, dvs. det territorium eller kunskaps- och verksamhetsområde som yrkesgruppen vill etablera kontroll över. För att lyckas i sitt anspråk på jurisdiktion behöver professionen ett erkännande från samhället av den kognitiva struktur som det professionella arbetet bygger på. De arbetsuppgifter man vill ha exklusiva rättigheter till måste därför omskapas till ”professionella problem”, vilket sker i en kulturell logik där professionen gör anspråk på att klassificera ett problem, att resonera kring det och att agera utifrån det. Dessa utgör tre akter av professionellt handlande. Abbott benämner dessa *diagnosis*, *inference* and *treatment*. I *diagnosis*, som är en medierande akt, förs information in till kunskapssystemet; i *treatment* återförs instruktioner till professionen. Mellanakten *inference* är en helt och hållen professionell akt, där diagnosinformationen ger grund för ett urval av behandlingar (*treatments*) med förutsägbara utfall.

Klassifikationssystemet fungerar som en slags uppslagsbok över legitima professionella problem.[84] Det blir därför viktigt att studera utvecklingen av den medicinska professionella kunskapen, eftersom konstruktionen av de professionella problemen också kan försvaga eller förstärka jurisdiktionen. Till exempel kan det finnas professionella problem som inte är klassificerade (inom residualområden, som t.ex. konkurrensen mellan Linggymnastiken och de ortopediska gymnasterna i förra avsnittet) och som därför kan utgöra potentiella riskområden för intrång från andra närliggande professioner. Klassifikationssystemet kan

ha byggts utifrån flera olika logiker: inom medicinen t.ex. etiologisk, plats och typ av patologi eller symptom. Sjukdomar kan på så sätt ha flera namn och kan skifta plats kontinuerligt inom klassifikationssystemet.[85]

Genom att observera medicinens kunskapsutveckling kan vi med andra ord förstå strukturen hos den professionella kunskapen[86] och vilka styrkor i denna som lett till att en viss typ av professionell medicin kunnat vinna erkännande från samhället, dvs. bli legitim och hegemonisk.

Utvecklingen av en kognitiv karta

Under medeltiden utvecklades olika former av medicin: klostermedicin, bysantinsk medicin, arabisk medicin och den skolastiska medicinen. Vid tiden för renässansen kom en tid då man återupptäckte de antika texterna på grekiska och latin. Genom boktryckarkonsten spreds skrifterna och renässansens humanism påverkade den fortsatta utvecklingen av medicinen. Två arbeten som kom att bli banbrytande utkom vid denna tid, kring mitten av 1500-talet: Kopernikus verk där jorden och solen bytte plats och Vesalius arbete om människans anatomi (Bild 1).

En lång rad av tänkare kom att påverka den medicinska utvecklingen, men i många fall dröjde det innan deras idéer fick genomslag eftersom de medicinska nyheterna färdades långsamt. Vid 1600-talets början var fortfarande ockultism och magi en naturlig del i medicinen, men en mer vetenskapligt grundad syn var på intåg.[87]

Naturfilosofiska idéer om obalans i kroppsvätskorna, den så kallade humoralpatologin, var den främsta förklaringsmodellen för sjukdomar. Metoder för att återställa balansen var åderlåtning, kräkning, koppning, svettning eller laxering. Orsaker till sjukdom var felaktig livsföring och ogynnsamma luftförhållanden (miasma). Under det nästkommande seklet knöts förklaringar av sjukdomar till relationen mellan kroppsvätskorna och fasta organ. Den rådande humoralpatologin kompletterades med solidarpatologin. Andra läror var till exempel animismen vars grundidé var att obalans i själen ger sjukdom och att feber var ett symptom på detta.[88]



Bild 1. Titelbladet på Andreas Vesalius bok från 1555, *De Humani corporis fabrica libri septem* (Sju böcker om den mänskliga kroppens struktur). Copyright: University of Liverpool's Special Collections och Archives for medical education, Flickr, Licens: CC-BY-SA 2.0

Medicinen blir en positiv vetenskap

Anatomiska studier genom obduktioner gav upphov till den patologiska anatomin där en huvudgestalt var Morganini. Han var en italiensk läkare som publicerade sina fynd 1761 i fem band om sjukdomars säte och orsaker, ett arbete som fortsattes av fransmannen Bichat.[89] Fokus flyttades med detta banbrytande arbete från den klassifikatoriska medicinens intresse för metafysiska essenser och släktskaper till att sjukdomar var processer som utspelar sig inne i kroppen och kan lokaliseras till olika organ och vävnader. Det är i denna utveckling som medicinen senare blir en positiv vetenskap och grunden läggs till hela den moderna läkarvetenskapens sätt att tänka kring sjukdomar.

Det var också i detta sammanhang som läkarvetenskapen började ändra rationalitet och modus, från att ha drivits av att vilja kurera människor till att också få veta vad de dog av. Detta kom att bli läkarvetenskapens primus motor och ger byggandet av kliniker en ny dimension och förståelse. Det var således

klinikerna som möjliggjorde studier av sjukdomars förlopp hos patienter med liknande symptombilder, i sängar bredvid varandra. Det var i kropparna som sjukdomarna uppstod och fortskred, vilket nödvändiggjorde upprepade systematiska observationer för att tyda de tecken som uppstod och systematisera detta till vetande.[90]

De vetenskapliga studierna i anatomisk patologi stärkte både kirurgin och ortopedin. Den anatomiska patologin specialiserades till vävnadspatologi och i slutet av 1800-talet utvecklades cellularpatologin, dvs. att sjukdomar kunde sökas i cellerna. Framgången och utvecklingen inom de medicinska specialiseringarna bidrog till påskyndandet av den definitiva brytningen med naturfilosofin.

Inom fysiologin utvecklades i mitten på 1700-talet kunskap om muskler och nerver, om syrgas och andra gaser som kolsyra, väte och kväve samt om hur andningen tar upp syre och avlämnar kolsyra. En annan lära byggde på att kroppens fibrer höll en viss *tonus* och patologiska avvikelser berodde på spasm (för stor spänning) eller atoni (för lite spänning), där behandlingen bestod i att stimulera eller reducera spänningsgraden. Parallellt utvecklades neuropatologin med hjärnans och nervernas funktion och störningar i dessa som förklaring till sjukdom.[91]

Trots de vetenskapliga tillskotten till kunskapsgrundlagen för professionell läkarpraktik uppstod vid slutet av 1700-talet flera spekulativa medicinska idéer, t.ex. idéer om livskraft med mystiska förklaringsbaser, av vilka den animala magnetismen var en. Bortsett från dessa spekulativa idéer lämnade 1700-talet många bidrag till läkarens möjlighet att beskriva och särskilja sjukdomar och sjukdomstillstånd.

En klassisk sjukdomsklassifikation skapades också under den här tiden: *Nosographie philosophique* från 1798, signerad av Philippe Pinel. Carl von Linné hade gjort ett försök med detta tidigare. Hans klassifikationer var dock alltför avancerade och konstlade för att de praktiserande läkarna skulle kunna få nytta av dem. I Sverige fanns lärjungar till framstående läkare och vetenskapsmän i Europa som senare gjort avtryck i historien: Carl von Linné, som inte behöver någon närmare presentation och Abraham Bäck som tillsammans med Olof Acrel startade Serafimerlasarettet 1752, det första lasarettet i landet. Nils Rosén von Rosenstein utkom



Bild 2. Illustration från den anatomiska atlasen *Anatomia Humani Corporis.*

med det första verket om barnsjukdomar 1764. Detta kan ses som starten för pediatriken internationellt sett.[92]

En mångfald behandlingar – men få som fungerade

Läkarnas professionella utövning handlade fortfarande om att diagnosticera – några verksamma behandlingar hade man inte att erbjuda. Detta är ett problem för en profession som behöver kunna demonstrera inte bara att man kan identifiera och diagnosticera, utan att man faktiskt kan göra något åt problemen.[93] I vissa fall fick man hjälp från folkmedicinen. Ett exempel var att man använde fingerborgsblomma för att lindra hjärtproblem, men det

var svårt att åstadkomma exakt dosering. För att lugna psykotiska patienter kunde man framkalla biverkningar i form av illamående i lugnande syfte. För övrigt trodde man att psykiska problem hade ett organiskt säte och att de skulle åtgärdas med sysselsättning, fostran och ordning. Man ansåg också att frihetsberövande av de psykiskt sjuka inte var någon gynnsam behandling.

I takt med att den legitima skolmedicinen övergav föråldrade idéer kunde man iaktta att dessa togs över av folkmedicinen och kvacksalvarna. Situationen för de praktiserande läkarna vid slutet av 1700-talet kan beskrivas som en storhetstid trots alla olika medicinska system och idéer, beroende på en relativ handlingsfrihet och frihet att utveckla teorier.[94]

Epidemierna och hygienismens etablering

De stora epidemierna under 1700-talet blev föremål för statens intresse, primärt för att öka befolkningen storlek genom att minska dödligheten. Här kom renhållningens och dricksvattnets betydelse in i bilden. Det största hotet för befolkningens hälsa var smittkopporna. Två läror fanns att tillgå, ”miasma” (överföring av ogynnsam luftsammansättning) och ”kontagion” (överföring via smittämne). Det tycktes dock som om båda lärorna tillämpades parallellt. Den viktigaste åtgärden blev smittkoppsympningen vilken var en form av vaccination. Man lät patienten ympas med smittkoppsämne, vilket ledde till en lindrig form av sjukdomen följd av immunitet. Den egentliga vaccinationen byggde på ett smittämne från kokoppor, som gav immunitet mot smittkoppor. Den första vaccinationen skedde i Sverige 1801 och femton år senare blev den obligatorisk.

Det är i detta sammanhang som hygienismen etablerades och nedtecknades i ett medicinskt system som kallades medicinsk polis. I Sverige gavs det ut en skrift som beskrev hygienen och den medicinska polisen som en samhällsmedicin som inkluderade både rättsmedicin och medicinens politiska ideologi. Den var en ideologisk skrift där medicinens mål ansågs vara socialt och förbyggande och den föreskrev att läkare och präster måste ”ikläda sig den viktiga polisiära rollen” och att de lägre samhällsklasserna skulle övertalas att lyda myndigheternas direktiv, allt för att uppnå en bättre hälsa hos folket.[95]

Naturfilosofiskt uppsving

Medicinen påverkades av ett romantiskt naturfilosofiskt tänkande under 1800-talets början. Den mångfald av olika medicinska system och idéer som kunnat utvecklas under det föregående seklet fortsatte även att frodas ett stycke in på 1800-talet. Mot bakgrunden av de många medicinska systemen och de ineffektiva behandlingarna under denna tid skapades ett utrymme för naturfilosofin som fick stor betydelse för 1800-talets medicinska vetenskap och praktik. Behandlingsformerna följde huvudsakligen tömmande principer: blodiglar, koppning och åderlåtning. Det innebar att det var traditionell kunskap som användes.

Det fanns dock medicinare som motsatte sig naturfilosofin och sysselsatte sig med kemiska och fysiologiska studier som ledde till nya upptäckter, t.ex. kemiska beskrivningar av olika kroppsvävnader och nya kemiska föreningar som senare kom till



Bild 3. Koppning.

användning inom medicinen, som till exempel kloroform. Studier inom fysiologin under senare delen av 1800-talet gav kunskap om ryggmärgens uppbyggnad, om matsmältningens fysiologi och om nervrötters skilda sensoriska och motoriska funktioner. Stetoskopet uppfanns i början av 1800-talet och i samband med detta infördes auskultationen som lärandeteknik och läkarritual. Via studier med hjälp av mikroskop vanns kunskap om tumörers cellulära struktur. Utvecklingen av patologin gav möjligheter till specialisering inom den praktiska medicinen. I läkarutbildningen vid Uppsala universitet infördes fysiologi som obligatorium 1862 och obligatoriska laborationsövningar för blivande läkare 1871, vilket kom att få stor betydelse för den fortsatta utvecklingen.[96]

En annan inriktning som under denna tid blev kortlivad, men som fick betydelse långt senare, var frenologin, som baserades på idén om att hjärnan bestod av olika delar som bestämde intellekt, sexualitet, moral m.m. och att aktivitet i dessa områden kunde fastställas genom observationer av utbuktningar på skallens utsida.[97]

Stort intresse för anatomiska avvikelser

På 1800-talet var läkarna över huvud taget mycket intresserade av den avvikande kroppen. I de medicinska facktidskrifterna var det vanligt med berättelser och fotografier av missfoster eller avritade kroppar. Det var de anatomiska avvikelserna som i huvudsak beskrevs. Föräldrar till barn med missbildningar övertalades att lämna kroppen till dissektion. Det kunde även ske obduktion mot föräldrarnas vilja, då den missbildade kroppen ansågs tillhöra vetenskapen. Parallellt med dessa beskrivningar av de avvikande kropparna förekom också beskrivningar av den normala kroppen. Dessa kartläggningar bidrog till utvecklingen av allt mer förfinad kategorisering och diagnosticering[98] och därmed även medicinens kognitiva karta.

Systematisering av iakttagelser och den numeriska metodens betydelse

Vid mitten av 1800-talet började man använda den numeriska metoden för att sammanfatta behandlingars effektivitet, vilket bland annat medförde att åderlåtning inte längre ansågs vara

verkningsfull. Lasarettens utbyggnad gav också möjligheter att studera sjukdomsförlopp på ett nytt sätt och dra slutsatser om huruvida behandlingar var effektiva eller ej. Därmed kunde arbetet med det Abbott kallar för *inference* ske, det vill säga att använda information från professionens klassifikationssystem *(diagnosis)* och omvandla den till behandlingar *(treatment)* samt till terapeutisk kunskap om utfall av behandlingar.[99]

De största medicinska föregångarna fanns i Paris. I London fanns det också flera framstående medicinare som gett avtryck i historien. Bland annat sägs starten av den moderna endokrinologin komma just därifrån, kunskap om Parkinsons sjukdom likaså. Synen på psykiskt sjuka patienter förändrades också och en polarisering mellan psykiker och somatiker uppstod. Under samma tid introducerades också begreppet psykosomatisk. Toxikologin började systematiseras och samlas och nu kom också en ny drog, morfinet, som visserligen konstruerats i början av 1800-talet men som inte blev allmänt använd bland de praktiserande läkarna förrän tjugo år senare.[100]

När det gällde hygienismen och hoten om epidemier fanns alltjämt miasma och kontagion som förklarings- och behandlingsmodeller, där den ena sidan betonade luftväxling och förflyttning och den andra sidan isolering och gränsskydd. Koleran blev ändå den epidemi som medförde ett förändrat medicinskt tänkande och gav hygienismen ordentligt fäste. Först 1855 blev det klarlagt att koleran var vattenburen och det kom att dröja ända till 1890-talet innan idéerna fick verkligt genomslag i Sverige. Men det fanns fortfarande gäckande problem som inte kunde lösas. Ett exempel var de smittsamma veneriska sjukdomarna vars orsaker man inte kunde klarlägga under hela 1800-talet.[101] Syfilis var en av dessa sjukdomar (Bild 4).

Sammanfattningsvis präglas denna period av terapeutisk vanmakt till följd av koleraepidemierna, åderlåtningens underkännande och förekomsten av en mängd parallella medicinska system samt ett gradvist undanträngande av humoralpatologin som grundläggande idésystem.[102] Man kan beskriva medicinens kunskapsutveckling från naturfilosofi till en begynnande positiv vetenskap. Anknytningen till vetenskapen utgör en mycket viktig grundval för styrkan i den professionella kunskapen och kunde därmed också underlätta läkarprofessionens jurisdiktion.[103]



Bild 4. Syfilis, en av de veneriska sjukdomarna.

Konklusion – en professionell medicin i vardande

Det kan tyckas som om medicinen gått från klarhet till klarhet och att medicinen utvecklats mot förfinade former, eller kort sagt att man har gått från ”dåligt till bättre”. Men det läsaren bör ha med sig är att det funnits, och alltid finns, flera parallella alternativa utvecklingsvägar. Den väg som utvecklingen tar beror på allianser i de ekonomiska, politiska och institutionella förändringarna, vilket detta kapitel försökt att visa, om än i breda drag.

Allianser, gåvor och motgåvor

Den framväxande grundstrukturen inom det medicinska yrkesområdet var i början av perioden baserad på intresset för samhällskroppens hälsa, kunskap om liv och död samt på vilka de rätta interventionerna var för att förebygga och/eller bota sjukdomar. Genom att de vetenskapligt skolade läkarna befann sig nära centralmakten i staten fick de i uppgift att övervaka och definiera

villkoren för vilka som hade rätt att utöva medicinsk verksamhet. Alliansen mellan yrkesutövare som legitimeras och de som har makt att legitimera stärker relationerna genom en cirkulär och symbolisk reproduktion. Det vill säga, de som krönts som legitima utövare av medicinsk verksamhet förutsätts vara trogna sina beskyddare, dvs. medicinarkollegiet. Detta kollegium var en *avatar*, en miniatyr av den medicinska professionen, och samtidigt en del av staten. Detta medförde möjligheter att värna läkarnas privilegier på olika nivåer eller, med Abbotts termer, i olika ekologier.

Att tänka på överföring av privilegier som gåvor och en del i en gåvo- eller utbytesekonomi är något som både antropologer och sociologer gjort och då särskilt i arkaiska samhällen. Marcel Mauss menar att det finns en stark koppling mellan cirkulation av gåvor och cirkulation av rättigheter och personer.[104] Studier av kulturella system av gåvor och motgåvor ger en djupare förståelse av hur allianser inom samhällen initieras och reproduceras.[105] Att de teoretiska läkarna blev definierade som legitima innebar i detta perspektiv ett outtalat men underförstått krav på motgåva. Läkarkåren kunde dock inte själv öppet erkänna sin privilegierade ställning och deras beroende av statens erkännande av dem (via medicinarkollegiet, deras avatar). Detta vore en självdestruktiv bekännelse, utan de måste försvara den ”naturliga” ordningen och bygga upp en retorik i enlighet med denna.[106] Medicinarkollegiet behövde ju i sin tur vara trogen staten.

Den professionella medicinens första kvalitativa språng

Medicinens ontologiska och epistemologiska förändring grundlades i den patologiska anatomin och blev starten för medicinen som positiv vetenskap om människan. Iakttagelsen blev därmed fundamental i sökandet efter tecken på sjukdom inne i kropparna. Man kan säga att den legitima medicinen börjar få sin rudimentära form vid slutet av 1700-talet, då intresset för sjukdomens genes separeras från hälsans genes. Viljan att veta vad människor dog av blir en drivkraft i sig, som driver den medicinska vetenskapen framåt. Under den här tiden uppvisades även nya sätt att hantera tid, gruppera händelser, göra tablåer, bilda serier av händelser, genomföra en syntes och summera ihop olika segment, vilket innebar att man generellt kunde hantera större informationsmängder,

vilket också var viktigt för kunskapsutvecklingen om samhället och dess problem.[107]

Det kognitiva skiftet mot kroppens inre

Denna förändring av medicinens kunskapsgrundlag ses här som ett första kvalitativt språng – ett kognitivt skifte. Genom att titta ännu djupare i den mänskliga kroppen och dess delar, senare också med hjälp av tekniska uppfinningar som mikroskopet, skapade man medicinska specialiteter som vävnadspatologi och cellularpatologi. Naturvetenskaper som kemi och fysik blev tillämpade i studier av organ, vävnader och kroppsvätskor. Denna utveckling kom att underbygga ett andra kvalitativt språng – det biomedicinska paradigmskiftet. Dessa kvalitativa språng har en avgörande betydelse för det medicinska klassifikationssystemet, dvs. den kognitiva strukturen, eller kartan om man så vill, i den professionella kunskapsbasen. Utvecklingen av medicinen till en positiv vetenskap, med observerbara fenomen i organ och kroppsvätskor, underlättade trovärdigheten hos medicinarnas anspråk på att kunna klassificera ett problem, resonera kring det, förklara det samt agera utifrån det. Att man i högre grad också kunde knyta lyckade utfall till olika behandlingsformer var en ytterligare förstärkning som gav efterlängtad logisk klarhet, eftersom misslyckanden i behandlingarna är något negativt för professionens image av effektivitet och ofta även utgör den första måltavlan för jurisdiktionella attacker från andra yrkesgrupper.[108]

Formativa skeden för konsolidering av läkarkåren

Maktstriderna mellan kirurgerna och de teoretiska medicinarna pågick under lång tid under hela 1700-talet. Kirurgerna fick en delad jurisdiktion med medicinarna inom läkekonsten genom Chirurgiska Societetens inordning 1797 under Collegium Medicum Regium. Med detta smältes två yrkeskulturer samman till en. Medicinarna hade det politiska förtroendet hos staten och kirurgerna den mest passande logiken som baserades i skråtänkandet, och de var dessutom bättre organiserade.[109] Tillsammans ökade de territoriet, själva området för jurisdiktionen.

Vid 1800-talets början kan vi egentligen inte tala om en etablerad medicin. Läkarutbildningen hade då nyligen reformerats

och bestod av en teoretisk del samt en praktisk del, vilka tillsammans räknades som en komplett medicinsk utbildning. Vid mitten av 1800-talet avskaffades kirurgutbildningen som en fristående utbildning och ingick därefter enbart i läkarutbildningen, vilket kan ses som en renodling och enhetliggörande av yrket och yrkesutbildningen – en viktig del i imagehänseende för kulturell legitimitet och professionaliseringsstrategier.[110] Men vi kan inte ännu tala om en professionell medicin eftersom det fanns mobiliserade läkargrupper vars företrädare hävdade sin expertis och stred mot andra kontrahenter. De aktivt arbetande läkarna var ganska få och den medicinska kunskapen var oordnad och vilsen mellan olika förklaringssystem, vilket gjorde det svårt att hävda kongruenta och hållbara förklaringar eller behandlingarnas trovärdighet. Med andra ord kan läkarnas aktivitet i detta skede beskrivas i termer av aktiva anspråk på social och kulturell legitimitet. Om anspråken skulle lyckas fordrades också skyldighet att fullgöra uppgifter och att lyckas med både diagnoser och behandlingar.[111]

Tiden fram mot 1800-talets mitt innebär ett formativt skede för läkarnas konsolidering. Tillkomsten av Svenska Läkaresällskapet 1807 erbjöd en arena för vetenskapliga diskussioner. Den numeriska metoden blev känd i medicinska tillämpningar vilka kunde bistå med metoder att undersöka om behandlingar hade någon effekt. Samhällshygieniska reformer sjösattes och en kraftig ökning av läkarkåren skedde, inom både sluten och öppen vård. Tillkomsten av Medicinalstyrelsen som ett statligt verk, där läkare innehade ämbeten samtidigt som de var medlemmar av professionen, blev en viktig faktor. Detta ämbetsverk och dess tillsynsansvar medförde möjligheter att förstärka professionens jurisdiktionella anspråk.

I professionsteoretiskt perspektiv behövde man övertyga statens lagstiftande organ om att det var en viss typ av medicinsk verksamhet som skulle vara legitim och en viss typ av utbildning som skulle ge behörighet. I riksdagen fanns en del medicinare, framför allt efter upplösningen av ståndsriksdagen 1866.[112] Abbott urskiljer tre nivåer av den legala arenan där legal auktoritet fastställs: det lagstiftande organet, domstolarna och de administrativa strukturerna.[113] Klart är att medicinarna tidigt funnits på två av dessa arenor (dvs. i riksdagen och inom de administrativa

strukturerna). Då läkarna erövrade jurisdiktionen på den legala arenan var det i detta skede viktigt att dels klargöra vem som över huvud taget fick kalla sig läkare och dels enhetliggöra de olika läkarkårerna (provinsialläkare, lasarettsläkare, stadsläkare m.fl.) till ett enda yrke. Men att läkarna fick legal jurisdiktion är snarare ett befästande av resultatet av strider som pågått under längre tid än ett futuristiskt proklamerande.[114]

Sammanfattningsvis skedde läkarprofessionens konsolidering i tre steg: först kontroll över andra praktiskt arbetande inom vård och läkekonst, därefter fick de ett ämbetsverk och slutligen en effektiv teori och praktik. Rolf Å Gustafsson, som studerat den svenska hälso- och sjukvårdens utveckling kallar detta för en ”omvänd idéhistoria”, där organisatoriska traditioner vägleder idéer[115] och inte tvärtom, som många professioner vill framhålla i sitt legitimeringsarbete.

Noter kapitel 2

1. Stolt 1997, s. 37.

2. Gustafsson 1987, s. 75.

3. Brante 2010b, s. 82.

4. Gustafsson 1987, s. 95; Bergstrand 1963, s. 107.

5. Björkquist och Flygare 1963, s. 7. Kirurgerna fick dock vänta till 1797 innan de fick inträde i medicinarkollegiet. Gustafsson 1987, s. 220ff, 245. Kirurgerna som har sitt ursprung i barberarskrået var med sina skråprivilegier från 1571 det tidigaste och de enda som var organiserade vårdutövare 1657. Namnet Chirurgiska societeten fick de 1685. Bergstrand 1963, s. 107.

6. Abbott 1988, s. 59ff.

7. Bourdieu 2004.

8. Resonemanget är utvecklat i Carlhed 2007, s. 92.

9. Förhammar 2004, s. 14; Sköld 2000, s. 21; Palmblad 1997, s. 17ff; Ödman 1995, s. 333; Beronius 1994, s. 13; Johannisson 1990, s. 45–46; Gustafsson 1987, s. 160ff, 191ff.

10. Beronius 1994, s. 13–21, 59.

11. Det finns ett liknande avsnitt som utvecklats i Carlhed 2007, s. 73ff. En viktig källa till detta är Sköld 2000, s. 44.

12. 1756 ombildades Tabellverket till Tabellkommissionen som blev ett nytt ämbetsverk; 1858 bildades Statistiska centralbyrån. Sköld 2000, s. 44, 47–48.

13. Sköld 2000, s. 21, 30, 48–49; Gustafsson 1987, s. 160–163.

14. Desrosières 1998, s. 8.

15. Sköld 2000; Beronius 1994.

16. Resonemangen i detta avsnitt är hämtat från Carlhed 2007, s. 73ff. Enligt 1686 års kyrkolag. Gustafsson 1987, s. 162.

17. Sköld 2000, s. 42.

18. Bergstrand 1963, s. 120ff.

19. Tidigare Sundhetscollegium som skapades 1721. Bergstrand 1963, s. 13.

20. Sundhetskommissionen tillsattes 1737, efter larmrapporter om härjningar av svårdefinierade epidemier i Nordeuropa, och arbetade i cirka 30 år. Den dominerande sammansättningen var icke-medicinsk. Dess insatser under den här tiden har spelat en avgörande roll, till exempel inrättandet av Serafimerlasarettet. Gustafsson 1987, s. 163, 170, 173ff.

21. Det finns ett liknande avsnitt som utvecklats i Carlhed 2007, s. 65ff. En viktig källa är Gustafsson 1987, s. 163, 170, 173ff, 220ff.

22. Ibid., s. 227.

23. Gustafsson 1987; se också Kock 1989. Tillsynsansvaret var tidigare Serafimerordensgillets. I samband med övertagandet av tillsynen över hospitalen 1877 ändrades namnet till Medicinalstyrelsen.

24. Qvarsell 2000.

25. Abbott 1988, s. 59ff. Den makt som ämbetsmännen och kollegierna hade kan förstås i relation till framväxten av den svenska ämbetsmannastaten. Under frihetstiden 1718–1772 hade kollegierna (de centrala ämbetsverken) fått självständighet från kungamakten och statsförvaltningen skulle skyddas mot kungens ”klåfingrighet”. Det handlade om att skapa en statsförvaltning som var strukturellt

oberoende av kungen. Ämbetena skulle således skyddas från kortsiktiga intressen och värna samhällets fortbestånd. Gustafsson 2000, s. 28–29.

26. Abbott 2005.

27. Ibid., s. 248.

28. Lindberg 2017, s. 33.

29. Resonemangen i detta avsnitt är hämtat från Carlhed 2007, s. 59ff. En viktig källa är Gustafsson 1987, s. 111ff. Barberarna tillhörde samma skrå som fältskärer och bardskärare; badarna hade under perioden 1657–1675 rätt att förbinda enklare sår, dock ej olycksfalls- och krigskirurgi som var förbehållet barberarna/kirurgerna. Gustafsson 1987, s. 113.

30. Ibid.

31. Abbott 1988, s. 40–41, 59.

32. Björkquist och Flygare 1963, s. 9–12.

33. Weber 1983.

34. Gustafsson 1987, s. 120–121.

35. Ibid., s. 220ff, 245. Resonemangen i detta avsnitt är hämtat från Carlhed 2007, s. 59ff.

36. Abbott 1988, s. 108.

37. Gustafsson 1987, s. 220ff.

38. Kock 1963, s. 108.

39. Gustafsson 1987, s. 191.

40. Abbott 2005, s. 248.

41. Resonemangen i detta avsnitt är till stora delar hämtat från Carlhed 2007, ”Hälso- och sjukvårdens medeltida rötter”, s. 57ff. Gustafsson 1987, s. 96.

42. Ibid., s. 66ff, 280ff.

43. Ibid., s. 106, 115.

44. Resonemangen i detta avsnitt är hämtat från Carlhed 2007, s. 58ff. En viktig källa är Gustafsson 1987, s. 180–182. Det var 1763

och 1766 års förordningar angående hospital och barnhusinrättningarna i riket. Om barnhusen, se vidare Ödman, 1995.

45. Abbott 2005, s. 248.

46. Gustafsson 1987, s. 191.

47. Serner 1980, s. 99.

48. *Kongl. maj:ts nådige Instruction Hwarefter The Provincial Doctorer, som af Cronan eller på Städernes Stater niuta någon wisz och ständig Lön, hafwa sig at rätta*. Gifwen Stockholm i Råd-Cammaren then 12 April 1744. Stockholm, tryckt uti Kongl. tryckeriet, hos directeuren Pet. Momma.

49. Bergstrand 1963, s. 149.

50. Ibid., s. 120ff.

51. *Sundhets-collegii underdåniga berättelse om Medicinalverket i Riket 1851; Sundhetskollegii underdåniga berattelse om Medicinalverket i riket 1852*. År 1851 rapporterade Medicinalstyrelsen att det fanns 84 provinsialläkare och 30 distriktsläkare, sammantaget 114 läkare som var ansvariga för den öppna hälsovården. De utgjorde drygt hälften av läkarkåren, den totala läkarstyrkan i landet var 201 läkare. Andra kategorier av läkare var t.ex. järnvägsläkare som infördes 1858 och fungerade ungefär som företagshälsovårdsläkare. Uppgiften var ofta en bisyssla. Läkare vid försvaret har däremot en längre historia som sträcker sig till 1700-talet. Dock skapades fältläkarkåren officiellt 1806, och två år senare bestämdes det att även flottans läkare skulle ingå. Fältläkarkåren hade från början två centrala myndigheter, dels Krigskollegium och dels Collegium Medicum. Men 1810 gavs ansvaret till det sistnämnda och fältläkarkåren fick ny instruktion 1810. Genom att Sundhetskollegiet bildades 1813 (utifrån Collegium Medicum) blev ansvaret också delat i två divisioner, en civil och en militär. Ibid., s. 120ff.

52. Alm 2008, s. 10; SFS 1874:68.

53. Sundin, Hogstedt, Lindberg och Moberg 2005, s. 26.

54. Ibid.

55. Abbott 1988, s. 40–41, 59.

56. Ibid.; Abbott 2005, s. 248.

57. Sundin m.fl. 2005, s. 25ff; Gustafsson 1987, s. 301; Bergstrand 1963, s. 131ff. Namnbytet från Sundhetskollegiet till Medicinalstyrelsen ger också ett tecken på att hälsa och medicin separerades. Carlhed 2007, s. 61.

58. Bergstrand 1963, s. 131ff.

59. *Sundhetskollegii underdåniga berättelse om Medicinalverket i riket 1852.*

60. Abbott 1988, s. 40–41, 59.

61. Kock 1948, s. 23; *Statistisk årsbok* 1925, 1919.

62. Dock hade Serafimerordensgillet ansvar att tillsätta tjänster vid dessa inrättningar ända fram till 1859; därefter övertogs ansvaret av Sundhetskollegiet med undantag av vissa befattningar som kungen själv bestämde över. Från 1901 tillsattes lasarettsläkare av kungen efter förslag från Medicinalstyrelsen (tidigare Sundhetskollegiet) och godkännande av de kommunala myndigheterna. Gustafsson 1987, s. 301; Bergstrand 1963, s. 131ff.

63. Bergstrand 1963, s. 131ff.

64. Gustafsson 1987, s. 360ff.

65. Abbott 1988, s. 59ff.

66. Abbott 2005, s. 246ff.

67. Gustafsson 1987, s. 360ff.

68. Abbott 2005, s. 246ff.

69. Gustafsson 1987, s. 95.

70. Kock 1948, s. 13.

71. Resonemangen i detta avsnitt är hämtat från Carlhed 2007, s. 63ff; Agevall och Olofsson, 2019; Medico-chirurgiska institutet (Karolinska institutet). Examensstadgan reviderades 1822. Lagerkvist 1999, s. 115.

72. Kock 1948, s. 13ff. Mellan åren 1798 och 1810 avlades chirurgie magister av 108 personer, av vilka 57 var medicine licentiat eller medicine doktor.

73. Bergstrand 1963, s. 154.

74. Ibid.

75. Gustafsson 1987, s. 219.

76. Abbott 2005, s. 246ff.

77. Abbott 1988, s. 62–63; Weber 1983.

78. Serner 1980, s. 99.

79. Eklöf 2000, s. 199.

80. Brante 2014, s. 202ff; Freidson 2001.

81. Holme 1996, s. 27–28, 37ff, 44, 65, 70–72, 290–291.

82. Ibid.

83. Abbott 1988, s. 40–41, 59.

84. Ibid.

85. Ibid., s. 42–43.

86. Se även Brante 2010a, s. 15, om ontologiska modeller.

87. Stolt 1997, s. 35–43, 64, 75.

88. Ibid., s. 37, 93.

89. Ibid., s 96, 99.

90. Foucault 1994, s. 30.

91. Stolt 1997, s. 97, 120, 135.

92. Ibid., s. 98, 101–105, 128. Sverige fick senare världens första professor i pediatrik 1845.

93. Abbott 1988, s. 40–41, 59.

94. Stolt 1997, s. 92–107.

95. Ibid., s. 107–113.

96. Persson 1994, s. 86–102.

97. Stolt 1997, s. 114–120.

98. Ohlsson och Qvarsell 2000.

99. Abbott 1988, s. 40–41, 59.

100. Stolt 1997, s. 124–130.

101. Ibid., s. 130–135.

102. Ibid.

103. Abbott 1988, s. 108.

104. Mauss 1972 [1950], s. 46.

105. Se vidare Sjöstrand 2001.

106. Se Carlhed 2007 för ett antal exempel på analyser av relationer mellan staten, läkare och underordnade yrkesgrupper, såsom sjukgymnaster, arbetsterapeuter.

107. Foucault 2000, s. 33, 35, 162; Comte 1991 [1844], s. 16.

108. Abbott 1988, s. 40, 52.

109. Gustafsson 1987. Resonemangen i detta avsnitt är hämtat från Carlhed 2007, s. 65ff.

110. Abbott 1988, s. 40, 52.

111. Ibid., s. 60.

112. Gustafsson 1987, s. 262ff. T.ex. Magnus Huss till överläkare vid Serafimerlasarettet, professor vid Karolinska Institutet. År 1860 ordf. i Sundhetskollegium och generaldirektör över hospitalen, lasaretten och kurhusen, generaldirektör över hospitalen till 1876. År 1857 adlades han och blev medlem av ridderskapet och adeln i riksdagarna 1859/1860, 1862/1863 och 1865/1866. Därefter var han 1873/1874 ledamot av riksdagens andra kammare. *Nordisk familjebok*, 1909.

113. Abbott 1988, s. 62–63.

114. Att göra anspråk på den legala arenan tidigt i professionens utveckling gäller också läkarna inom den amerikanska medicinen. Abbott 1988, s. 64.

115. Gustafsson 1987, s. 114, 120, 124.

3. Det biomedicinska paradigmskiftet: 1860 till 1920-tal

Kapitlet handlar om hur expansionen av den befintliga hälso- och sjukvårdsorganisationen sker samt hur det biomedicinska paradigmet får genomslag och bland annat ger upphov till behov av laboratorier (och laboratorieassistenter). Den snabba expansionen av slutenvård och lasarett skapar behov av utbyggnad av läkarutbildning och sjuksköterskeutbildning. Detta leder till en ökning av professionaliseringssträvanden, kollektivt identitetsskapande och facklig mobilisering bland både läkare och sjuksköterskor.

Ett Sverige i omvandling

Ökad ekonomisk, geografisk och social rörlighet

Den svenska reformpolitiken hade under 1800-talets första år varit konservativ, vilket medförde en växande opposition bland grupper som var under socialt och ekonomiskt uppåtstigande, men som inte fick den makt och det handlingsutrymme de ville ha. Riksdagsordningen förändrades dock 1866 och ståndsriksdagen avskaffades, vilket var en framgång för en ny bred samhällsklass, medelklassen, som var ett konglomerat av grupper som fått det bättre ekonomiskt och socialt.

Några andra viktiga liberala punktinsatser gjordes under 1800-talets mitt och framåt, vilka bland annat medgav att hantverkare nu fritt kunde röra sig på landsbygden och de fattiga kunde flytta vart de ville, vilket skapade ökad geografisk rörlighet. Andra insatser handlade om handel, konkurrensregler och tillgång

How to cite this book chapter:
Carlhed Ydhag, C. 2020. *Uppkomsten av ett professionellt medicinskt fält. Läkares, sjuksköterskors och laboratorieassistenters formering*. Pp. 63–104. Stockholm: Stockholm University Press. DOI: https://doi.org/10.16993/bbc.c

till den europeiska frihandeln, som var under utveckling. Detta medförde ökad rörlighet för både kapital och arbetskraft, vilket i sin tur underlättade industrialiseringens utveckling i landet.[1] I mitten av kapitlets period sker en övergång från klassisk industrikapitalism till organiserad kapitalism med en mer aktiv stat. Industrialiseringen hade dittills varit blygsam i Sverige, men dessa förändringar bidrog till en stark utveckling inom industrisektorn, även kallad den andra industriella revolutionen.[2] Statens kassa ökade i och med detta, vilket möjliggjorde ökade statliga insatser för befolkningens hälsa, samtidigt som den nya situationen medförde ett ökat behov av organiserad sjukvård och fattigvård.[3]

Hälso- och sjukvårdens organisering

Som beskrevs i förra kapitlet karaktäriseras uppbyggnaden av det tidiga svenska hälso- och sjukvårdssystemet av en betoning på utbyggnad av provinsialläkar- och stadsläkartjänster,[4] vilket innebär att den öppna vården föregick utbyggnaden av sluten kroppsvård.

Kraftig utbyggnad av lasarett och läkartjänster

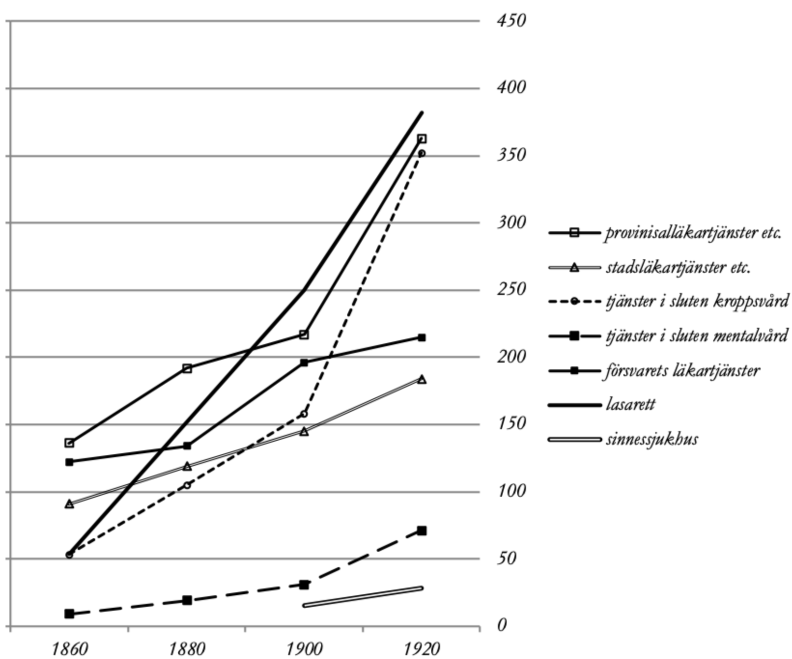
Vid slutet av 1800-talet skiljde man mellan lasarett, hospital och fattigvård. Den sistnämnda betraktades som en lokal angelägenhet för socknar och städer. De sjuka i befolkningen sorterades och behandlades efter denna grova indelning. Mellan åren 1860 och 1880 kunde man se en kraftig ökning av antalet lasarett, då de mer än fördubblades, från 54 till 133, för att i slutet på perioden ha sjudubblats till 382.

Läkartjänsterna ökade också snabbt i antal, dock med viss variation beroende på vilken typ av vård det gällde (se Figur 1).[5] Det var lasaretten som hade den brantaste kurvan och därmed också den kraftigaste ökningen; därefter följde två läkartjänstekategorier, dels läkare vid den slutna kroppsvården och dels provinsialläkartjänsterna. Distriktsläkare förekom mellan 1840 och 1890 och fungerade som provinsialläkare vid bruk och inrättningar på landet samt vid ”menigheter”.[6]

Medicinalpolitiken stödde vid den här tiden utbyggnad såväl av öppna vårdformer och förbyggande arbete som av den slutna vården. Detta avspeglas i figuren då en utbyggnad ses i den slutna vården men också i den öppna vården. Den tredje största ökningen



Bild 5. Byggnadsbild av Sundsvalls lasarett, 1908. Copyright SuM-foto013702. Licens: CC BY-NC. Från: www.digitaltmuseum.se



Figur 1. Utvecklingen av antal lasarett, sinnessjukhus, och läkartjänster, åren 1860–1920.[7]

bland tjänstekategorierna ägde rum inom sluten mentalvård, tätt följd av stadsläkartjänsterna (även kallade fattigläkare) och försvarets läkare.

De organisatoriska traditionerna vägleder expansionen

Under denna expansion av den slutna vården renodlas också lasarettsvården och förbehålls de botbara, något som kan relateras till den urgamla gränsen mellan kirurgi och medicin. Den markerar skillnaden mellan ”konkret iakttagbara och snabbt fortskridande hjälpbehov” och ”diffusa, svårtolkade och långsamt fortskridande otillräcklighetstillstånd”. Hälso- och sjukvården kom att konsolideras primärt utifrån den förstnämnda, dvs. en akutvårdsmodell, medan organiseringen av den öppna vården och förbyggande arbete trängdes åt sidan. Detta berodde på att en särskild central tillsynsmyndighet för den öppna vården och folkhälsoarbetet uteblev och som i stället inlemmades i Medicinalstyrelsens organisation. Dessutom utarbetades folkhälsoarbetets politik tio år efter lasarettsinstruktionen 1864. Den öppna vården halkade efter.[8]

Öppenvården och det förebyggande hälsoarbetet kommer på efterkälken

En intressant fråga är varför den öppna vården och förbyggande arbete halkade efter. Inrättandet av tillsyn över sundhetsförhållandena fördröjdes med 12 år om man ser till tiden mellan förslag och beslut.[9] En bidragande orsak till fördröjningen var att det inte fanns någon organisatorisk tradition att falla tillbaka på för detta ändamål och därför uppstod en valhänt och trevande situation. Även Sundhetskollegiets negativa inställning kan ha spelat roll då deras syn gick ut på att detta område inte behövde en särskild tillsynsmyndighet utan kunde inordnas dels i deras eget ansvarsområde och dels i socken- och sundhetsnämndernas ansvar. Senare (1877) ombildades Sundhetskollegiet till Medicinalstyrelsen, dvs. ett par år efter den nya hälsovårdsstadgans tillkomst (1874), och med det följde även uppgiften att ha tillsyn över det förbyggande hälsoarbetet, som tillföll den nya organisationen.[10]

I slutet av 1800-talet hade således redan vårdorganisationerna och de tidiga verksamhetsavgränsningarna konsoliderats. Detta gäller bland annat maktfördelningen genom två parallella

hierarkier: landstingen med politiskt och ekonomiskt ansvar sedan 1864 och läkarna med ansvar för det medicinska arbetet på anstalterna.[11] Med anknytning till resonemangen i förra kapitlet tycks samhällsmedicinen, med sitt intresse för folkhälsan, under denna period börja försvagas och det är i stället kroppsmedicinen som utvecklas och stärks. Dessa sociala och politiska omständigheter påverkar läkarprofessionens relativa autonomi och vilka jurisdiktionella lösningar som kunde realiseras.

Rolf Å Gustafsson förklarar varför hälso- och sjukvården utvecklades som den gjorde. Han menar att de gamla organisationerna och utredningsväsendet har verkat i en ”kedja av låsta beslutskontexter”. Med andra ord var det organisatoriska traditioner som styrde de utredningar som genomfördes och problemen formulerades utifrån de praktiska problem som uppstod i de befintliga systemen.[12] Det innebar att det var svårt att tänka nytt. Det har alltså varit fråga om kvantitativ utbyggnad och administration, det vill säga ”att bygga ut och bygga vidare” på den akutvårdsmodell som valdes som huvudprincip. Etableringen och konsolideringen av dessa organisatoriska traditioner har främst haft stöd av merkantilistiska idéer, samhällets krav på social kontroll, läkarnas sociala position och militära sjukvårdsbehov.[13]

Det som är anmärkningsvärt är att det var just de organisatoriska traditionerna som styrt struktureringen av hälso- och sjukvården och inte, som vi gärna tror, nya vetenskapliga framsteg. Den naturvetenskapliga medicinen fortsatte i den befintliga strukturen av hälso- och sjukvården och på så sätt upprätthölls de gamla organisatoriska traditionerna.[14]

Läkarnas erövring av full jurisdiktion på arbetsplatsnivå

Med andra ord fanns nu makt- och organisationsstrukturer som genom sin existens stödde en viss inriktning av läkarnas professionalisering och uppgiftsområden. Exempelvis etablerades full kontroll av arbetsplatsen genom läkarens ansvar för det medicinska arbetet på klinikerna, dvs. full jurisdiktion på arbetsplatsnivå om man använder Abbotts terminologi.[15] Däremot fanns det en parallell hierarki där landstingen sedan 1864 hade politiskt och ekonomiskt ansvar för lasaretten.[16] För läkarna blev lasaretten och särskilt specialistklinikerna platser där ytterligare upparbetning av

expertis kan ske. Specialiseringen hade därmed ett dubbelt syfte, att erbjuda de sjuka bättre vård och att öka kompetensen inom området. Varje uppdelning av lasaretten i specialkliniker eller utbyggnad av specialanstalter med särskilda överläkartjänster var, något tillspetsat sagt, designade för vidareutbildning av läkare och utveckling av specialistkunskap.[17]

Medicinsk nyorientering

I förra kapitlet konstaterades att medicinen etablerade sig som en positiv vetenskap och att iakttagelser blev den huvudsakliga metoden för att vinna kunskap om sjukdomar. Under 1800-talets andra hälft utvecklades läkarvetenskapen i samverkan med teknikens utveckling och ökad industrialisering, inte minst på grund av utvecklingen av en mängd medicinska verktyg och apparater.[18] Doktorsväskan, som tidigare innehöll allt vad en praktiserande läkare kunde behöva, räckte inte längre utan man blev beroende av laboratorier och uppsättningar av tekniska apparater som diagnostiska verktyg och behandlingsverktyg.[19]

Nytt kunskapsparadigm

Inom medicinen lade cellularpatologi och mikrobiologi grunden för ett nytt medicinskt kunskapsparadigm – det vi idag kallar det biomedicinska paradigmet. Det innebar inte att det naturalfilosofiska tänkandet eller folkmedicinen försvann, men de kom att gradvis förlora sin betydelse för den legitima medicinen, dvs. den akademiska medicinen. Utvecklingen av mikroskopet och förfiningen av detta var en förutsättning för att överhuvudtaget kunna se cellerna och teori utvecklades för att förstå vad det var man såg i mikroskopen.

År 1858 representerar det definitiva genombrottet för naturvetenskapens etablering inom den medicinska vetenskapen och med detta började också den antika humoralpatologin förpassas till historien. Cellerna fick därmed huvudrollen i det kunskapsparadigm som nu fått fäste. Innebörden var att människor och djur var uppbyggda av celler och det var i cellerna som sjukdom uppstod, beroende på störd cellfunktion. Kunskap om tumörer och om blodsjukdomar som leukemi utvecklades. Inom patologins

och anatomins område fortsatte differentieringen av sjukdomar, t.ex. avseende degenererande hjärnsjukdomar som Alzheimers. Man blev också bättre på att lokalisera hjärnfunktionerna och en topografi över hjärnfunktioner skapades.[20]

Mikroskopet var ett viktigt instrument särskilt på bakteriologins område och man skapade kunskap om bakterier och svampar. Kemisten Pasteur visade hur jäsning var förknippat med liv och att bakterier finns överallt. Han bidrog med pastörisering som metod för att döda bakterier. Man började förstå inflammationer och varbildning som fenomen på försvarsmekanismers bakteriologiska nivå. Tuberkulosbakterien upptäcktes, och därefter identifierades en lång rad sjukdomar som orsakades av bakterier: spetälska, gonorré, tyfus, kolera, difteri, pneumokock, meningokock, stelkramp och pest. Genom att förstå att bakterierna bildade gifter kunde man därmed klarlägga inflammationens verkningar som helhet. Till följd av detta kunde man utveckla motgifter.

Serologi (immunologi) utvecklade kunskap om sjukdomar i blodet. Så småningom omdefinierades virus från att ses som ett

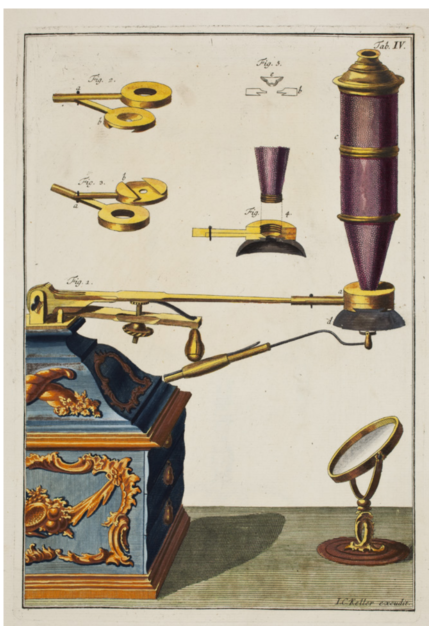


Bild 6. Mikroskop.

ospecifikt gift till att utgöras av små mikroorganismer som inte kunde iakttas i mikroskop, men som behövde levande celler för att föröka sig – och virologin skapades. Även andra grenar av medicinen utvecklades, som t.ex. tropikmedicin samt epidemiologi som utvecklades med hjälp av statistiska metoder.[21]

På bakteriologins område kände man av starka förväntningar på att finna medel att döda alla sjukdomsalstrande bakterier men det kom att dröja ytterligare innan man fann effektiva vacciner. Kemoterapi blev i stället det stora området. Man kunde t.ex. 1910 behandla syfilis med arsenik. Efter första världskriget förändrades sjukdomspanoramat i och med att spanska sjukan och hjärninflammation blev vanliga. Avseende tuberkulosen gjordes också framsteg med vaccin och genom en svensk läkares insats började man på 1920-talet att injicera vaccinet.[22]

Sjukdomen polio är välkänd sedan många tusen år och man hade under 1800-talet börja betrakta denna som ett folkhälsoproblem. I mitten av 1800-talet kunde man lokalisera smittan till ryggmärgen. En fråga man tvistade om var huruvida smittan spreds via näsans slemhinnor eller via avföring.[23]

Kunskapsutvecklingen inom fysiologin stimulerades av ett särskilt instrument som gjorde att man kunde skära tunna skivor av vävnader. Efterhand började man också kunna färga in det vävnadsmaterial man studerade i mikroskopet och med det utvecklades histologin, dvs. mikroskopisk anatomi. Medicinsk kemi, vars bidrag kom vid slutet av 1800-talet, kunde visa blodets kemiska sammansättning. Med hjälp av apparater som kunde centrifugera blod, urin och andra kroppsvätskor utvecklades diagnostiska metoder. Under denna tid publicerades också Charles Darwins berömda arbete *Om arternas uppkomst genom naturligt urval* vilket anses ha stor betydelse för tänkandet inom medicinen.[24]

En hel del diagnos- och behandlingsinstrument konstruerades under den här tiden: proctoskopet som gjorde det möjligt att inspektera ändtarmens slemhinnor; blodtrycksmanschetten; cystoskopet för inspektioner av urinblåsan; larynxspegeln för sjukdomsdiagnostik avseende strupe och stämband; bronkoskopet för inspektion av luftvägarna och matstrupen. Efter glödlampans uppfinning kunde man tillsammans med optiker konstruera ett cystoskop som gav ett mycket bättre ljus.[25]

Kirurgi i sterila och blodfria miljöer

På kirurgins område hade det inte hänt så mycket, men i takt med industrialismen ökade också olycksfallen på arbetsplatser och behovet av läkarinsatser. Eftersom man inte använde narkos eller liknande behövde kirurgerna arbeta snabbt. Morfin användes dock frikostigt. Man visste sedan länge att eter hade berusande egenskaper och vid början av 1800-talet användes lustgas för samma syfte, dock inte till operationer.

Under den här tiden började man bespruta operationssalen med karbolsyra vilket också kraftigt reducerade operationsdödligheten. Detta ledde senare till att man såg till att så mycket som möjligt kring patienten och i operationssalen var så sterilt som möjligt samt att man tillämpade en effektiv handhygien. Bukkirurgin fick ett uppsving där blindtarmsoperationer och galloperationer blev vanligare. Peangen, som skapades på 1860-talet (dvs. det ihopklämmande instrument som används vid operationer även i våra dagar), gjorde att kirurgerna kunde arbeta ”underbart blodfritt” som en svensk kirurg uttryckte det. Man lärde sig också att framgångsrikt sy ihop och flytta på blodådror och samtidigt förhindra levring av blodet, vilket möjliggjorde



Bild 7. Operationsrum i början på 1900-talet. Öppet bildarkiv, Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapet (SMHS). Licens: CC BY NC-ND

specialisering i kärlkirurgi. Epilepsi och afasi var några av de sjukdomar som kunde härröra sig från olika regioner i hjärnan och det var inte ovanligt med kirurgiska ingrepp. Operationerna under senare delen av 1800-talet handlade om epilepsi och borttagande av tumörer.[26]

Experiment stärkte fysiologi och neurologi

Den fysiologiska medicinen koncentrerade sig på invärtes sjukdomar och ägnade sig åt fysiologiska experiment, som t.ex. temperaturmätningar och feberkurvor. Inom denna gren var man också skeptisk till alltför strikt sjukdomsklassificering som ibland benämndes meningslös ontologi. Feber ansågs som en av de viktigaste dödsorsakerna och man koncentrerade sig på att hitta preparat eller metoder som kunde sänka temperaturen. Kinin var ett preparat som användes och salicylsyra ett annat. För övrigt var tuberkulosen ett stort problem och behandlingen var antingen kvävgas som fördes ned i lungorna, kirurgiska ingrepp eller vistelse på sanatorium.

Neurologin fortsatte att utvecklas och kunde förklara att ryggmärgen skadas vid polio. En hel del experiment med elektricitet för nervstimulering förekom. Från franska neurologer kom nu också kunskap om hjärnans motoriska funktioner och reflexer samt sjukdomar som ALS (amyotrofisk lateral skleros). Sigmund Freud utvecklade den psykoanalytiska teorin, men hans lära hade svårt att göra sig gällande i den dominerande naturvetenskapliga anda som rådde i slutet på 1800-talet.[27]

X-strålar och radioaktivitet

Under de sista åren av 1800-talet kom röntgenstrålningen in i medicinen: en fysiker vid namn Wilhelm Conrad Röntgen gav ut en skrift 1895 om sina erfarenheter och om X-strålar, som han kallade röntgenstrålarna. Året efter uppmärksammades hans skrift i svenska sammanhang, då den togs upp vid en föreläsning i Svenska Läkaresällskapet och inom kort översattes den av en svensk läkare, densamme som introducerat den. Denne konstruerade samma år en egen röntgenapparat och öppnade ett röntgeninstitut i Stockholm. Man upptäckte att hudcancer kunde botas, men samtidigt kunde man notera strålningsskador på

röntgenläkarnas händer. Strålningsbiologi blev ett nytt område som senare kom att kallas radiologi. Upptäckten av radioaktiviteten kom däremot senare, först som bequerelstrålar men senare omdefinierade till radioaktivitet av Marie Curie. Även ljusbehandling med ultraviolett ljus förekom och hade viss framgång när det gällde hudtuberkulos, men i takt med att denna sjukdom blev allt ovanligare föll också ljusterapin i glömska.[28]

Kombinationen av strålning och kemoterapi stimulerade cancermedicinen. Marie Curies och andras framgångar i strålningsforskningen hade spritt sig ut i världen. Världens första cancersjukhus startade i London 1922 och bar hennes namn. Den första svenska strålbehandlingskliniken var Radiumhemmet som hade startats 1910 och från 1928 etablerades flera liknande kliniker. Man blev inom cytologin allt bättre på att diagnosticera. Kunskapen om hur celler kunde överleva och odlas utanför kroppen kom från amerikanskt håll.[29] På genetikens område fortsatte man att undersöka cellernas sammansättning. Kromosomer och deras genetiska information blev också klarlagd i början av 1900-talet. Idén om att cellförändringar i kromosomerna kunde leda till tumörer lades också fram under denna tid (även om man inte kunde fastslå det).[30]

Socialmedicin och prevention

Vid mitten av 1800-talet blev de samhällshygieniska reformerna allt mer detaljerade och man kunde ibland se en skillnad i dödlighet efter insatser på området. Prevention var ett ledord liksom hälsoekonomi, där social orättvisa och fattigdom ansågs vara sjukdomsframkallande faktorer, vid sidan av dåligt dricksvatten och avloppsvatten. Bakteriologin erbjöd en bidragande förklaringsmodell till folkhälsosjukdomarna, även om det förekom orsaksförklaringar från naturfilosofiskt och biomedicinskt håll. Svält och fattigdom ökade i takt med befolkningsökningen, industrialiseringen och urbaniseringen, vilket ställde krav på en effektivare socialmedicin. Genetiken bidrog till utvecklandet av en rasbiologi som låg nära det rashygieniska, och som sporrades genom samarbete mellan genetiker, statistiker och antropologer samt idéer om den medicinska polisen, en gudomlig ordning och Darwins utvecklingsteori.[31]

Socialmedicinen, som från början kallades socialhygien, blev en medicinsk specialitet 1920. Den hade viss likhet med de idéer som fanns inom rashygien och degenerationsteori, dvs. tanken om att degeneration inom befolkningen kan leda till sjukdom och förfall. Inom socialmedicinen fanns två strömningar under tiden fram till 1920, den så kallade saneringsepoken: den ena har sina rötter i rashygieniska idéer med individuellt fokus medan den andra uppmärksammade det sociala eländet och hade ett kollektivt fokus.[32] Intresset för förebyggande åtgärder fick genomslag i utbyggnaden av öppenvården och de lokala sundhetskommittéerna. Under 1920-talet blev det även möjligt för läkare att anställas i tjänster där de inte mötte patienter (tidigare var detta bara möjligt i forskningstjänster) och deras ”patient” blev därmed samhällskroppen och folkhälsan.[33] Det kom dock att dröja innan socialmedicin blev en akademisk disciplin.

Psykiatri

Den första professuren i psykiatri inrättades i Uppsala 1858, vilket var en viktig händelse för att psykiatri skulle kunna bli en egen disciplin vid de kirurgiskt-medicinska läroanstalterna.[34] Inrättandet kom dock 50 år efter det att sinnessjukvården hade organiserats.[35] Inom psykiatrin hade Freud varit en läromästare, men hans lärjungar och efterföljare sökte också egna vägar, bland annat genom psykosyntes, som innebär att själen kan läkas dvs. botas. Freuds tes var ju att vissa drifter och störningar kan bortträngas men aldrig lösas, dvs. läkas.

Kriminella barn var i seklets början föremål för barn och ungdomspsykiatrins intresse. I USA hade man startat en klinik för psykisk barnavård 1922. På svensk mark fanns det psykiatrer som inspirerats av USA och som förespråkade särskild vård för dessa barn och ungdomar som på den tiden kallades ”vanartade” barn.[36]

Rapportering om psykosomatiska sjukdomar som nervositet, bleksot, onani och nostalgi var vanligt i början av 1900-talet. Nya kemiska medel skapades, t.ex. kloral, bromkalium och veronal, som snabbt fann sin användning inom sinnessjukvården. Behandlingarna av sinnessjukdomar kunde även ske med hjälp av bl.a. insulinchockbehandling. Psykiatrins psykoanalytiska grund

utmanades av förklaringar som kom från neurofysiologin, vars företrädare försökte utarbeta klassifikationer, t.ex. i tre typer av psykoser och utskiljandet av schizofreni som diagnos.[37]

Laboratoriet som nod i kunskapsutvecklingen

Genom laboratorierna blev det möjligt att mer systematiskt undersöka biologiska, kemiska och fysiska processer. Statens bakteriologiska laboratorium ansvarade från och med 1909 för framställande av olika slags serum eller ympämnen för vaccinationer. Endokrinologin lärde sig att skapa hormoner och kunskapen om diabetes kunde utvecklas genom experiment på djur, vilket också möjliggjorde kunskap om insulinets effekter. Man började också undersöka möjligheten att sjukdomar uppkom på grund av brist på något ämne. Produktionen av adrenalin kunde man senare koppla till nervbanornas effektivitet och man intresserade sig allt mer för nervceller, vilket resulterade i kunskap om de olika funktionerna i det sympatiska och det parasympatiska nervsystemet och deras kemi. Cortisonets betydelse för reumatism hör också till tidens upptäckter. När det gällde kunskap om bristsjukdomar fann man att födan kunde orsaka sjukdom, eller snarare brister i födans sammansättning och man insåg också vitaminers betydelse. Blod, blodbrist och järnbrist var också av intresse i detta sammanhang.[38]

Man lärde sig också att utöver blodprov genom stick i fingret också ta blodprov från ryggmärgen och förhindra att blodet levrade sig samt att bestämma alkoholhalt i blodet. Andra upptäcker var blodgruppsystemet 1900; året efter lanserades ABO-systemet. Kunskapen om blodets egenskaper gjorde att man lättare kunde göra blodtransfusioner och från 1914 kunde man tillsätta citrat till blodet för att det inte skulle levra sig vilket underlättade arbetet betydligt. Sänkningsreaktionen, i allmänt tal ”sänkan”, kan dateras till 1918.[39]

Laboratoriernas utveckling och det bakteriologiska synsättet

Ett sätt att försöka datera den reella etableringen av det bakteriologiska synsättet är att relatera det till den tidpunkt då staten startar institutioner med en specifik vetenskap som grund. Synsättet får då ett godkännande och dess tillämpningar ges erkännande

och får genomslag i samhällsplanering och samhällskonstruktion. På så sätt kan man datera etableringsprocessen till åren mellan 1907 och 1918. Det började med ett beslut 1908 om en statsmedicinsk anstalt med två avdelningar (en medicinsk-bakteriologisk och en rättskemisk) medan ytterligare en avdelning, ett statligt farmaceutiskt laboratorium, tillkom 1915. Två år senare upplöstes den statsmedicinska anstalten, och Statens bakteriologiska laboratorium inrättades som egen inrättning 1918, med huvuduppgift att arbeta med forskning och utveckling.

Andra statliga laboratorier inrättades under samma period: Statens rättskemiska laboratorium 1918, Statens farmaceutiska laboratorium 1918 och Statens veterinärbakteriologiska laboratorium 1908. Förutom de statliga anstalterna inrättades också privata laboratorier, främst inom den framväxande läkemedelsindustrin men huvudsakligen för kontroll av de framställda produkterna.[40]

Laboratorieundersökningarna blev från 1920-talet och framåt en allt viktigare hjälp för läkarnas möjligheter att ställa rätt diagnos. Till en början hade varje sjukhusavdelning ett eget laboratorium där analyser vanligtvis sköttes av underläkare, men man fick också hjälp från universitetslaboratorierna. Utbyggnaden av Akademiska sjukhuset 1902 innebar också att laboratorieverksamheten där fick utökas; det samma ägde rum i Lund. Vid epidemisjukhusen inrättades också laboratorier: 1903 i Gävle, 1908 i Malmö. Landstinget i Västerbotten satsade på ett patologisk-bakteriologiskt laboratorium, som kom igång 1921. I samband med detta inrättade man två lasarettsläkartjänster: en i patologi och en i röntgenologi, de första i landet.[41] Utbyggnaden av lasaretten medförde således ökade möjligheter att också bygga ut sjukvårdslaboratorierna, vilket innebar förbättrade möjligheter för specialisering för läkarna och en institutionell bas för en ny yrkesgrupp – laboratorieassistenterna.

Sekelskiftets medicin och teoretisk vilsenhet

Vid 1900-talets ingång var det naturvetenskapliga synsättet relativt väl etablerat inom medicinen, och samhällsutvecklingen och naturvetenskapens mekaniska människosyn gick hand i hand. Vid sekelskiftet utvecklades inom svensk medicin ämnen som; anatomi,

fysiologi, histologi, medicinsk och fysiologisk kemi, patologi, bakteriologi, medicinsk fysik och zoologi.[42]

Från och med den senare hälften av 1880-talet och tiden kring sekelskiftet präglades dock införseln av internationella nya medicinska genombrott till Sverige av teoretisk vilsenhet, vilket innebar att man i debatter blandade termer från de äldre sjukdomsteorierna med de nya termerna. Behärskandet av det nya teoretiska tänkandet var förbehållet en liten grupp läkare – en elit – medan de svenska läkarna i allmänhet inte hade tillräckligt med teoretiska kunskaper för att kunna ta emot de nya idéerna om bakterier.

Andra orsaker till fördröjningar i etableringen av bakteriologin inom medicinen var bland annat att de samhällshygieniska åtgärder som genomförts hade förbättrat det allmänna hälsotillståndet. Dessa åtgärder var grundade i den ”gamla” medicinen – miasmateorierna – och därför fanns det i praktiken inget behov av någon ny teori. Dessutom intresserade sig inte patologin, histologin eller mikroskopin för bakterier i sjuka vävnader utan mera för vävnadernas anatomi. Det fanns inte heller uppmaningar i den medicinska litteraturen att intressera sig för de nya teorierna.[43]

Laboratoriet och mikroskopet kom att bli de huvudsakliga verktygen för det nya biomedicinska paradigmet och dess fortsatta utveckling. Arbetet i laboratorierna förändrade också den teoretiska förståelsen av sjukdomar och förändrade nosologin[44] från en symptomklassificering till en orsaksgrundad sådan. I en orsaksgrundad sjukdomslära orsakas infektionssjukdomar av en viss bakterie eller mikroorganism, som ensam ger upphov till sjukdomen, vilket också innebär skarpa avgränsningar inom gruppen infektionssjukdomar. En rad sjukdomar bytte identitet, varav koleran och pesten är två exempel.

Under perioden 1860–1920 får bakteriologin sitt inledande vetenskapliga genombrott, vilket kan exemplifieras genom det höga antalet vetenskapliga artiklar i den medicinska tidskriften *Hygiea* 1880–1890, men efter sekelskiftet sjönk antalet sådana artiklar. Ett genombrott i den meningen att vetenskapen får fullt genomslag i praktiken, kom att dröja. Som nämndes tidigare fanns under de första decennierna av 1900-talet en teoretisk vilsenhet, där debatter bland medicinare blandade orsaksresonemang och åtgärder som grundas både på de gamla miasmateorierna och på

kunskaper om bakterierna. Denna period kännetecknas av försök till harmonisering mellan de nya och de gamla teorierna. Däremot spreds de bakteriologiska kunskaperna till exempel genom kurser och föredrag till sjuksköterskor och till allmänheten.[45]

Läkarutbildningen och begynnande specialisering

Vid mitten av 1800-talet utbildades läkare vid universiteten i Uppsala och Lund och kirurger utbildades vid Carolinska medico-chirurgiska institutet i Stockholm.[46] Den vanligaste utbildningsgången var att man avlade den medicinska doktorsgraden vid något av universiteten och kirurgie magisterexamen vid Carolinska medico-chirurgiska institutet. Detta betraktades som en komplett medicinsk utbildning. Det var dock inte så många som hade en komplett utbildning: bara 18 % vid början av 1800-talet medan andelen var 86 % femtio år senare. 1861 avskaffades kirurgie magisterexamen, vilket medförde att de renodlade fältskärerna kraftigt minskade i antal.

För att efter studentexamen över huvud taget få påbörja medicinska studier var man enligt 1852 års regler tvungen att avlägga en medicinsk filosofisk kandidatexamen (medikofilen), vilket innebar att skriva en uppsats på latin och tentera åtta betyg med minst godkänt i ämnena fysik, kemi, botanik och zoologi (vilka efter 1873 blev de enda ämnen som skulle tenteras).[47] Matematik tillkom som obligatorium 1861. Efter dessa grundläggande studier skulle medicine kandidatexamen avläggas varvid tyngdpunkten låg på teoretiska ämnen, därefter medicine licentiat med tyngdpunkt på kliniska studier och tjänstgöring (Tabell 1).[48] 1881 togs kraven på medicine doktorsgrad bort.[49]

I läkarutbildningen vid Uppsala universitet infördes fysiologi som obligatorium 1862 och obligatoriska laborationsövningar för blivande läkare 1871. Tre år senare lagstiftades det om att samtliga läkarstuderande skulle ha övning i laboratorium.[50] I hur hög grad utbildningen förmedlade bakteriologins landvinningar och implikationer kan kanske ifrågasättas, då studieordningen vid sekelskiftet inte gav detta område någon särskild plats som eget ämne. Kunskap om mikroberna förmedlades i stället via kurserna i hygien och patologi. Från och med 1906 skulle professorerna

både undervisa och bedriva forskning, något som redan tidigare skett men som nu fastställdes.[51]

Tabell 1. Översikt av läkarutbildningens olika examina 1874 och 1907.

Studieordning	Examen	Examensämnen
1874	Medikofilen *förberedande*	fysik, kemi, botanik och zoologi (matematik 1861)
	Medicine kandidat *teoretiska studier*	anatomi, fysiologi, medicinsk kemi, farmakologi, allmän patologi, medicinsk historia (histologi 1892)
	Medicine licentiat *kliniska studier*	medicin, pediatrik, kirurgi, obstetrik och gynekologi, patologisk anatomi, rätts- och statsmedicin, (oftalmiatrik 1898)
1907	Realstudentexamen *Förberedande*	
	Medicine kandidat *teoretiska studier*	anatomi inkl. jämförande anatomi, fysiologi inkl. fysik, histologi, farmakologi, allmän patologi, medicinsk kemi (allmän kemi förhörsämne)
	Medicine licentiat *kliniska studier*	medicin, pediatrik, kirurgi, obstetrik och gynekologi, patologisk anatomi, rätts- och statsmedicin, oftalmiatrik, psykiatri, syfilidologi, hygien

Studietiden varade mellan sju år och upp till femton år främst beroende på vilka försörjningsmöjligheter man hade. Efter medicine licentiatexamen hade man rätt att praktisera som läkare.[52]

Den medicinska fakulteten var för övrigt den enda fakultet som var helt öppen för kvinnor efter 1870, året då det blev tillåtet för dem att avlägga studentexamen.[53] Den första kvinnliga läkaren som utexaminerats i Sverige hette Karolina Widerström. Hon tog medicine licentiatexamen 1888 och specialiserade sig i obstetrik och gynekologi. Två svenska kvinnor hade avlagt medicinsk examen före henne, men vid utländska universitet. År 1910 var det 38

kvinnor som tog svensk medicinsk examen och 1920 var det 81, drygt dubbla antalet.[54]

Specialiteternas ökning och differentiering

Under tidigt 1800-tal räckte den allmänna läkarutbildningen till, men vid slutet av seklet hade flera specialiteter tillkommit. År 1900 fanns det 10 specialiteter inom den slutna kroppsvården. Den första specialiseringsordningen antogs av Läkarförbundet 1914; den trädde i kraft ett år senare och upprättade två huvudgrupper: 1) allmänpraktiserande läkare samt ackords- och familjeläkare; 2) läkare för specialistsjukdomar eller för särskilda undersöknings- och behandlingsmetoder, där 22 specialiteter räknades upp, varav hetlufts- och badbehandling samt hypnotism var några som fanns med på listan.

Lasarettens överläkare räknades också som specialister: dessa var cirka 70 till antalet medan det totala antalet specialister i landet var 100. Tillväxten av specialiteter följde utbyggnaden och specialiseringen av den slutna vården, och grunden för befordran till överläkare och specialist utgjordes av en viss tjänstgöringstid, vanligtvis fem år, vid en specialiserad anstalt eller avdelning.[55] När det gällde specialiseringen inom den öppna vården fanns inga officiella behörighetskrav (och det kom att dröja till 1960 innan sådana tillkom).

Vad som anses vara en specialitet har förändrats över tid: till exempel fanns hetlufts- och badbehandling med 1914 men har sedan utrangerats till förmån för andra specialiteter. Förändringar har också skett i beteckningen medicin och vad den innehåller. Man kan jämföra vilka ämnen en läkare skulle läsa för att ta en medicine kandidat och medicine licentiat åren 1874 respektive 1907 (Tabell 1). Man kan ana i 1907 års studieordning vilka hälsoproblem det varit angeläget att åtgärda, då ämnen som psykiatri, syfilidologi och hygien tillkom.

Läkarnas fackliga organisering och kåranda

För att nå framgång i sina professionaliseringssträvanden kan en profession tillämpa ett antal strategier. En är att skapa en enhetlig nationell organisation, lätt identifierbar som den organisation som

organiserar professionen, vilket underlättar vägen mot kulturell och legal auktoritet.[56] Detta var något som läkarna gjorde när de skapade en enhetlig, nationell organisation 1903, Sveriges allmänna läkarförening.[57] Läkarföreningar fanns sedan tidigare, men den första fackliga sammanslutningen var Provinsialläkarföreningen som bildades 1880, efter att möten under en längre tid regelbundet anordnats för provinsialläkare. Bakgrunden var troligen de hårda arbetsvillkoren och ensamarbetet som drev på behovet av facklig organisation. Provinsialläkarna hade även en egen tidskrift, *Eira*, som startades 1877.[58]

En allmän läkarförening bildas

Det var också provinsialläkarna som föreslog bildandet av en allmän svensk läkarförening 1877. Det kom däremot att dröja innan man kom överens om hur stadgar och riksorganisation skulle se ut, beroende på att de olika läkarkårerna hade olika villkor. Provinsialläkarna arbetade ensamma med hembesök; de arbetade ofta med okonventionella lösningar och ville ha en stark organisation med juridiska och ekonomiska resurser. Stockholmsläkarna arbetade på lasaretten vid universiteten och ansåg att det räckte med Svenska Läkaresällskapet som organisation.[59] Det kom att dröja till 1893 innan Allmänna svenska läkarföreningen bildades, men denna blev en svag organisation utan ekonomiska resurser. Detta var ett misslyckande som bidrog till att det bildades fler lokala föreningar.

År 1900 tog Stockholms läkarförening initiativet till att bilda en centralorganisation. Nu hade man lärt sig av det förra mobiliseringsförsöket och ägnade sig åt en intensiv lobbyverksamhet som fick det hela att gå snabbt. År 1903 trädde stadgarna i kraft med 900 medlemmar i medlemsmatrikeln. Namnet ändrades till Sveriges läkarförbund 1919.[60] Förutom nya stadgar som innebar att verka för kårens sociala, ekonomiska och vetenskapliga intressen, hade nu kårandan också blivit aktuell.[61] Det fanns dock internt motstånd mot facklig anslutning och gemensamma aktioner. Det ansågs av vissa att det var ovärdigt att läkare, som beskrevs som ”utpräglade individualister”, likt arbetare skulle gå samman i fackföreningar.[62] Dock syntes det inte så mycket av den fackliga kampen i förbundet, den fungerade mest som en klubb i början. Läkarförbundet fick dock en viktig uppgift och det

var att bestämma över vilka specialiteter som kunde finnas och vilka behörighetsvillkor som skulle gälla. Dess tidskrift, *Svenska Läkartidningen*, utkom veckovis från 1904 och blev en viktig kommunikationskanal.[63]

Ämbetsmannaskapets privilegier hotades genom mobiliseringen

En viktig orsak till motståndet mot facklig mobilisering kan spåras till ämbetsmannaskapets privilegier. Det handlade troligen främst om det privilegium som rör oavsättlighet för högre ämbetsmän (statsråd, professorer, provinsialläkare m.fl.), vilket i praktiken innebar en ovanligt stark anställningstrygghet.[64] Sådana personer kunde enbart förlora sitt ämbete genom domstolsbeslut och då avseende tjänstebrott.[65] Med andra ord fanns få anledningar för läkare på högt uppsatta positioner att överhuvudtaget tala om lönefrågor eller anställningsfrågor.

I likhet med andra ämbetsmän svor blivande medlemmar i Collegium Medicum och provinsialläkare en tro och huldhetsed till kungen i sällskap med andra ämbetsmän, vilken förnyades inför en ny regent och inför en ny statsförvaltning. Eden togs i bruk för sista gången 1872. Vid nästa regentskifte, år 1907, hade systemet gradvis avvecklats, medan läkarnas befattningsed hade avskaffats redan tidigare, år 1887.[66]

De gamla läkarederna sörjdes dock inte av Svenska Läkaresällskapet vilket var ett tecken på att man värderade en individuell etisk hållning som gav läkarkåren högt anseende.[67] Pliktkänslan skulle komma inifrån och ur självdisciplin vilket härrörde från den protestantiska etiken.[68]

En annan ed som förknippas med läkargärningen är Hippokrates ed. Den har haft en symboliskt viktig funktion och även utgjort ett moraliskt självreglerande rättesnöre. Man kan tro att de moderna etikreglerna har haft den som modell, men det har visat sig att det rör sig om en myt och som därför degraderats till att bli kallad ”den hippokratiska fotnoten”.[69]

Men symboliken i att faktiskt svära en ed är stark. *Kallet* blir en del av sinnebilden för den hårt arbetande läkaren som utför sitt verk osjälviskt och i allmänhetens intresse (utan egenintresse). I denna bild framstår läkaren även som samhällets väktare mot ohälsa och i det uppdraget ingår att bekämpa falska profeter –

kvacksalvarna.[70] Vilken bild eller *image* som skapas kring professionen blir viktigt, då den stärker möjligheterna att övertyga allmänheten och lagstiftande strukturer om att just denna profession är särskilt lämpad för de specifika uppgifter man gör jurisdiktionella anspråk på. Att arbeta med kulturellt högt värderade sysslor (liv, död, rättvisa) och dessutom med altruistiska motiv stärker denna professionella image.[71] I detta sammanhang har staten varit central för att lyfta fram och betona vikten av dessa sysslor även om detta varit utifrån merkantilistiska motiv, såsom beskrevs i förra kapitlet.

En yrkesgrupp kan också försöka legitimera sina anspråk genom att hänvisa till medlemmarnas sociala och kulturella bakgrund.[72] Det fanns tydliga tecken på att läkarnas anseende var mycket viktigt att slå vakt om och det författades uppsatser om läkarens fostran till och i sitt kall.

> … en framgångsrik utövning av läkekonsten krävde läkarens egen fostran för sitt kall. Ett alltför tydligt intresse för mat och dryck, 'flabbighet' samt råa läkarhistorier i sällskapslivet nedsatte läkarens anseende. Utöver njutningslystnad kunde frestelser som penningbegär, yrkesavund och oförsiktighet vid givna förtroenden dyka upp. Formella regler var obehövliga, läkaren skulle i sitt samvete själv äga en oskriven etisk lag. De som inte hade en levande etisk känsla måste uppfostras och det bästa var undervisning i läkaretik under studietiden.[73]

Det fanns en betydelsefull motsättning mellan idén om kallet och farhågor om att läkarkårens arbete skulle "besudlas med profanerande diskussioner om ersättning och arbetstid". Arbetet med att bygga upp bilden av yrket som ett kall försvårades också när läkarkåren växte snabbt i antal, särskilt då det blev hårdare tider, vilket beskrivs i nästa avsnitt.[74]

Hårdare arbetsvillkor och hårdare konkurrens

Hårdare tider gav skäl till mobilisering. Läkarkåren hade fördubblats mellan 1880 och 1900 och det rådde kraftig konkurrens om jobb eftersom det fanns ett överskott av läkare. Det fanns ingen allmän sjukförsäkring eller andra subventioner som kunde underlätta betalning för läkarens tjänster. Både de statliga och privata

arbetsgivarna pressade ned ersättningen och skapade nya tjänster, s.k. extraläkare som hade sämre villkor och ersättningar än ordinarie läkartjänster. En del kunde dock försörja sig genom det ökade antalet läkarundersökningar som krävdes för att teckna en livförsäkring, en bransch som var under stark tillväxt i början av seklet.

Antalet läkare fördubblades igen mellan 1920 och 1940, till 3 200. Arbetsmarknaden var osäker, med arbete med låg eller i vissa fall ingen lön och bostad på sjukhuset. Det hade skett en förändring i den sociala rekryteringen då många läkarstudenter kom från betydligt enklare förhållanden än tidigare och många hade stora studieskulder. I förbundet SYLF (Sveriges Yngre Läkares Förening), som bildades 1921, organiserades underläkare. SYLF blev en underavdelning till Läkarförbundet. Med andra ord, den växande skaran läkare och deras olika villkor i fråga om arbetsförhållanden och social bakgrund började heterogenisera läkarkåren. Industrialiseringen och effektivare jordbruksmetoder gav barn från medelklass och jordbrukshem bättre ekonomiska förutsättningar att välja högre studier. De såg läkaryrket som ett alternativ till prästyrket.

Den ökade konkurrensen mellan läkarna i storstaden ledde bland de äldre kollegorna till farhågor om sjunkande ersättningar och sämre arbetsvillkor samt om att kollegialiteten skulle minska.[75] Till detta kom också en ökning av medicinska specialiteter med specifika vetenskapliga intressen, vilket påverkade och troligtvis även försvårade arbetet med att ena kåren.

Behörighet till arbete med vissa sjukdomar och behandlingar – inte till yrket

De behörighetsregler som tillförsäkrade läkarna legal auktoritet[76] var en mycket viktig fråga för professionen. År 1915 tillkom en lag om behörighet till läkaryrket som fastslog krav på examen som medicine licentiat, avlagd inom riket, samt svenskt medborgarskap.[77] Förutom möjligheten att återkalla legitimation från läkare behandlade lagen även den läkekonst som utövades av obehöriga. Detta innebar att outbildade läkare inte fick använda vissa behandlingsmetoder eller behandla vissa sjukdomar. En obehörig kunde bara bestraffas om verksamheten bedrevs yrkesmässigt och om ”behandlingen medfört fara för liv eller hälsa”.

Innebörden av lagen blev dock att läkarna förlorade sin tidigare skyddade yrkestitel och det var i stället *behörigheten* till arbete med vissa sjukdomar och behandlingar som anförtroddes de utbildade läkarna. Kungen kunde genom ett beslut tillåta en outbildad person att verka på läkekonstens område, även om denna möjlighet i realiteten inte utnyttjades. Lagen innebar därför inte en exklusiv rättighet till verksamheten, vilket säkerligen gladde kvacksalvarna.[78] Lagen identifierade däremot en grupp sjukdomar och behandlingsmetoder som skyddades och reserverades för behöriga läkare, vilket innebar att den legala auktoriteten och jurisdiktionen över vissa behandlingar och sjukdomar var säkrad.

Förutom de rent arbetsrättsliga frågorna fanns också mobiliseringsprocesser inom den vetenskapliga sammanslutningen Svenska Läkaresällskapet, där det bildades en rad sektioner kring intresseområden. Pediatriken var ett område som bildade sektion 1913. Ett första försök hade gjorts redan 1907, men resulterade i negativa synpunkter på organiseringen av sällskapet och deras stadgar, varvid barnläkarna tog tillbaka sin ansökan. Medlemmarna var aktiva i sektionen som även fungerade som remissinstans, de föreslog bl.a. inrättandet av barnavårdscentraler. Skolläkarna hade 1912 organiserat sig och deras sektion och barnläkarnas slogs senare (1934) samman.[79] Här kan vi förstå professionsekologins relation till den statliga ekologin, dvs. Svenska Läkaresällskapets koppling till lagstiftande organ, som en *hinge* med Abbotts terminologi, vilket var något som underlättade legitimeringen av läkares verksamheter. Den fasta relationen som förslagsskrivare och remissinstans som sällskapet åtnjöt bidrog med stöd och resurser som kunde användas över de ekologiska gränserna.[80]

Sjuksköterskekårens formering och differentiering

I framväxten av det medicinska fältet fanns en yrkesgrupp vars jurisdiktion kan benämnas som *underordnad jurisdiktion*. Det innebär att en yrkesgrupp är underställd en annan yrkesgrupps jurisdiktion i sin dagliga yrkesverksamhet.[81] Sjuksköterskekåren hade dock föregångare som var verksamma i sjukvårdande arbete utanför den offentligt organiserade sjukvården, men det var just i den senare som blev deras primära hemvist.

Sjuksköterskornas föregångare

Om man relaterar kvinnors vårdande uppgifter till organiserad vård, var klostren den tidigaste plattformen för kvinnligt sjukvårdsarbete. I och med reformationen upphörde mycket av denna verksamhet och en viktig organisatorisk plattform försvann. Barnmorskor arbetade relativt fritt i öppen vård under överinseende av medicinarna, men yrkets speciella karaktär och den stora efterfrågan medförde dock en viss autonomi. De fick också 1856 och 1859 rätt att öppna åder och använda skarpa instrument, en rättighet som senare återtogs av läkarna då barnafödandet institutionaliserades. Men sjuksköterskornas etablering i den organiserade sjukvården har inte särskilt mycket att göra med de medeltida nunnorna, barnmorskorna, sjukvakterskorna och vaktmadammerna.

Sjuksköterskekårens framväxt

De genomgripande samhällsförändringar som nämndes i inledningen till detta avsnitt, dvs. den ökade demokratiseringen samt den ökade sociala och geografiska rörligheten för kapital och arbetskraft, bidrog till förutsättningarna för sjuksköterskekårens framväxt. Det var kvinnor från de högre samhällsklasserna som tog initiativ till sjuksköterskeutbildningen i Sverige under 1860-talet, vilket bidrog till att deras ”klassystrar” kunde skaffa sig eget arbete och försörjning. Ideologin i sjuksköterskeyrket kom att bli mer social än föregångarnas, sjukvakterskornas, nämligen möjligheten för bildade kvinnor att göra en samhällsinsats.[82]

I sina skrifter sammanfattade den berömda Florence Nightingale sina erfarenheter från vården i krig och 1860 öppnades hennes sjuksköterskeskola i London. Svenska Emmy Rappe var elev där och blev en förgrundsfigur i organiseringen av svensk sjuksköterskeutbildning.[83] Dessa pionjärers uppfattning var att sjuksköterskeyrket skulle vara ett kvinnligt yrke eftersom yrkesrollen ansågs sammanfalla med kvinnliga egenskaper.

Den första generationen sjuksköterskor var utbildade genom rent praktisk utbildning och var inte organiserade. Den andra generationens sjuksköterskor hade flickskoleexamen och därigenom en gedigen skolbakgrund och utbildades vid sjuksköterskeskolor. Detta medförde en differentiering inom kåren som utvecklades

kring sekelskiftet. Utvecklingen inom läkarvetenskapen medförde också ett behov av kunnig assistans till läkarna som senare kom att bli intresserade av sjuksköterskeutbildningen för att ge den ett kvalificerat kunskapsinnehåll.[84]

Sjuksköterskeutbildningar startas

Sjuksköterskornas inträde i medicinen utvecklas och förstärks från 1851 med den första sjuksköterskeutbildningen vid Ersta diakonissanstalt, startandet av Röda Korsets sjuksköterskeskola 1867 i Uppsala, fram till bildandet av Sophiahemmets sjuksköterskeskola 1889. Den senare kom att bli mönsterbildande för den svenska sjuksköterskekåren.[85] Efter sekelskiftet ökade antalet sjuksköterskeskolor snabbt från ett tjugotal skolor, till 1914 då utbildningen fanns vid 48 länslasarett förutom sju större sjuksköterskeskolor: Diakonissanstalten, Röda Korsets sjuksköterskeskola, Sophiahemmets sjuksköterskeskola samt sjuksköterskeutbildningen vid Sabbatsbergs sjukhus, och vidare – utanför Stockholm – vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg, Akademiska sjukhuset i Uppsala och Södra Sveriges sjuksköterskehem i Lund.[86]



Bild 8. Sjuksköterskor klädda i sköterskedräkt. Omkring 1910. Licens: CC public domain. Från: www.digitaltmuseum.se

Utbildningens innehåll och läromedel

Utbildningarna skiljde sig vad gäller grad av teoretiskt innehåll. Landsortssjukhusens utbildningar, sjukhusskolorna, hade inte lika höga inträdeskrav som de teoretiska skolorna. De var mer praktikbaserade och utbildningstiden kunde variera mellan ett par månader och två år. Dessa utgjorde också en möjlighet för flickor från de lägre samhällsklasserna att skaffa sig en utbildning då utbildningen betalades genom eget arbete och man ofta förband sig att arbeta kvar ett par åt efter utbildningens slut.

Röda Korsets sjuksköterskeskola och Sophiahemmets utbildning skiljde sig från de övriga genom den teoretiska undervisning som gavs vid sidan av de praktiska studierna. De större utbildningarna organiserades efter en så kallad moderhusprincip. Den innebar trygghet i arbetsförhållanden och förmåner som semester, pension och understöd vid sjukdom, men också osjälvständighet i relation till institutionens regler och krav. Den stora vinsten var dock social: de sjuksköterskor som utbildats via moderhus var tydligt identifierbara, vilket gav dem en exklusivitetsmärkning. Konkurrensen kom att riktas uppåt mot läkarna. Moderhusen kan sägas vara den första formen av organisering för sjuksköterskor och utestängde dem som inte uppfyllde kraven. Det var dock bara en liten del som kunde åtnjuta denna status, som även förstärktes genom att de genom sin börd förknippades med de högre samhällsklasserna. De teoretiska sjuksköterskorna kom också att tjänstgöra i överordnade positioner på sjukhusen, vilket innebar att de fick ett stort inflytande över den underställda personalen, dvs. andra sjuksköterskor, elever och biträden, men också över själva sjukvården, hygienen och disciplinen som sådan.[87]

Den teoretiska utbildningen bestod av kirurgi, hygien, invärtes medicin, anatomi och fysiologi. Läroböckerna var skrivna av läkare. Vid Sophiahemmets utbildning användes dock en skrift som skrivits av en sjuksköterska och som hade titeln *Sjuksköterskelära*. Denna handlade om etiska frågor, utförandet av olika behandlingar och hur patienterna skulle vårdas. Den kom att få stor betydelse för sjuksköterskeutbildningarna runt om i landet och blev en klassiker. Renlighet och ordning var honnörsord för god sjukvård och blev också sjuksköterskans dygder.

Läroböckerna under den här tiden innehöll också argument för vikten av teoretisk utbildning för sjuksköterskornas förmåga att förstå innebörden av läkarnas ordinationer och därmed utföra ordinationerna på ett adekvat sätt. Sjuksköterskan skulle alltid ha stöd från en läkares råd och ordination för behandlingen av en patient. Det medicinska ansvaret låg hos läkaren och sjuksköterskan var assisterande, vilket betonades. Hon skulle rapportera fakta till läkaren och läkaren skulle tolka dessa fakta. Här kan tydliga tecken iakttas på den underordnade jurisdiktionen gentemot läkarprofessionen, vilket nämndes inledningsvis.[88]

Andra förhållningsregler, som hörde samman med sjukhusetikett, var att när sjuksköterskan tilltalades av läkaren skulle hon stå upp. Inte heller skulle hon inta en självsvåldig ställning, dvs. göra något i eget intresse eller mot sina överordnades vilja. Även sättet att röra sig hade förhållningsregler, hon skulle ”gå med tysta, bestämda och lätta steg och aldrig använda knarrande skor”, sitta ner när hon talade med patienten och alltid sitta inom synhåll för patienten.[89]

Sjuksköterskans mellanposition

Sjuksköterskan intog en mellanposition, underordnad läkarna men överordnad sjukvårdsbiträdena, som stod för det mesta av det praktiska vårdarbetet. Denna ordning var dels officiell och hierarkisk, men också könad, med läkaren som den faderlige och sjuksköterskan som moderlig. Inom Svensk sjuksköterskeförening fanns aktiva sjuksköterskor som definierade sjuksköterskans roll som helt liggande inom den ram som satts upp av läkarna, innefattande självdisciplin samt betoning av den ansvarsfulla uppgift de hade och som överordnades de egna behoven. Det fanns dock röster för att relationen mellan läkare och sjuksköterska i stället skulle präglas av samarbete och att man kunde agera självständigt och utifrån egna bedömningar. Men det var den underordnade positionen som kom att avgöra den rådande ideologin inom sjuksköterskekåren.[90]

Sjuksköterskornas fackliga organisering

Sjuksköterskornas organisering följde den differentieringen som uppstod i fråga om de olika utbildningarnas status: sjuksköterskor från de större skolorna organiserade sig i Fredrika

Bremer-förbundet (FBF), de teoretiska skolorna i Svensk sjuksköterskeförening (SSF), medan sjuksköterskor från de kortare utbildningarna organiserade sig i Allmänna svenska sjuksköterskeföreningen (ASS). Följaktligen drev de olika frågor. FBF, som hade starka band till kvinnorörelsen, betonade kvalificerad utbildning. En framgång för dem var att sjuksköterskor från de större skolorna kunde lämna sina heminstitutioner och agera självständigt. SSF var liksom den förra en elitorganisation som verkade för att sjuksköterskeutbildningen skulle förbättras generellt. Man hade också egen vidareutbildning. Genom den ekonomiska kopplingen till moderhusen och deras trygghetssystem var inte ekonomiska frågor något som de behövde driva, men viktigast var att fackliga frågor inte ansågs kunna förenas med professionens strävanden.[91] Likheten med läkarnas inställning till facklig mobilisering och svårigheterna att mobilisera i denna fråga är slående. Att tala om lönefrågor och arbetsvillkor verkar besudlande för professionaliseringsträvandena, i varje fall i en inledande och ideologibyggande fas, då karaktären hos professionen mejslas ut. Allmänna svenska sjuksköterskeföreningen (ASS) samlade upp dem som inte fick tillträde till de andra organisationerna och hade karaktären av en kamratförening. Samtliga föreningar uteständge sjukvårdsbiträden från materiella förmåner. Men ASS är det tydligaste tecknet på de exkluderande mekanismerna inom sjuksköterskeprofessionens professionaliseringsprojekt. Den samlade upp dem som blev över och som inte uppfyllde kraven för upptagning i elitorganisationerna. Inom ASS försökte man dock i sin dominerade och underlägsna position att stärka kårens sammanhållning och status genom gemensamt utseende på arbetsdräkten. Effekten blev snarare degraderande.[92]

Differentieringen formaliseras – legal auktoritet erhålls

Genom ett riksdagsbeslut 1919 förlängdes sjuksköterskeutbildningen till ett minimum av två år och uteslöt därmed de sjuksköterskor som hade kortare utbildning från sjuksköterskearbetsmarknaden. Elitorganisationerna FBF och SSF drev också igenom formella krav på de förmedlingsbyråer som fanns, nämligen att de endast skulle förmedla sjukskötersketjänster till dem som hade tvåårig utbildning.

Utmejslingen av professionsideologin fortsatte men tog sig ur ett allmänmänskligt perspektiv något udda uttryck. Bland annat

var frågan om reglerad arbetstid (åtta timmars arbetsdag) uppe till riksdagsbehandling. Ett förslag lades fram 1921, som skulle reglera arbetstider för all kvinnlig sjukvårdspersonal som i det nya förslaget också skulle omfattas av åtta timmars arbetsdag. SSF protesterade och argumenterade för att sjuksköterskornas arbete var ansvarsfullt och särpräglat i relation till sjukvårdsbiträdena. Sjuksköterskan kände så stort ansvar för sitt arbete och har så stark självdisciplin att man inte behövde reglerad arbetstid. SSF segrade i frågan och i det slutliga beslutet undantogs den kvinnliga sjukvårdspersonalen från lagen, vilket även drabbade sjukvårdsbiträdena.

Flera professionaliseringsstrategier kan urskiljas, bland annat exklusion, dels inom sjuksköterskekåren genom skapandet av en elit bland sjuksköterskorna och dels nedåt i hierarkin mot sjukvårdsbiträdena. Professionen demonstrerade också sina möjligheter att styra utbildningspolitiken i önskad riktning och på så sätt utöva kontroll över utbildningen och vilka som skulle ses som de rätta sjuksköterskorna och anställas via förmedlingsbyråerna, dvs. kontroll över arbetsmarknaden.[93] Här kan den rådande situationen förstås som en hierarkisk ordning av jurisdiktioner, läkarna över sjuksköterskorna samt sjuksköterskorna över undersköterskorna och sjukvårdsbiträdena.[94]

Sjuksköterskeyrket började således ta form vid 1800-talets mitt, medan yrkets definitiva etablering kan dateras till tiden kring 1920. De viktigaste faktorerna som möjliggjorde sjuksköterskornas professionalisering var dels utbyggnaden av lasaretten, som ju per definition var sjuksköterskornas arbetsområde, och den logik som låg bakom utbyggnaden, dvs. en akutvårdsmodell. Sjuksköterskornas borgerliga bakgrund, grundad i ordning och disciplin, tillsammans med teoretiska kunskaper om renlighet och hygien var det som sjukvården behövde för att fungera.

Laboratoriebiträdeyrkets ursprung och utveckling

Den första i Sverige som kan anses vara föregångare till detta yrke var en kvinna vid namn Anna Sundström som arbetade som både hushållerska och medarbetare till professor Jacob Berzelius i dennes

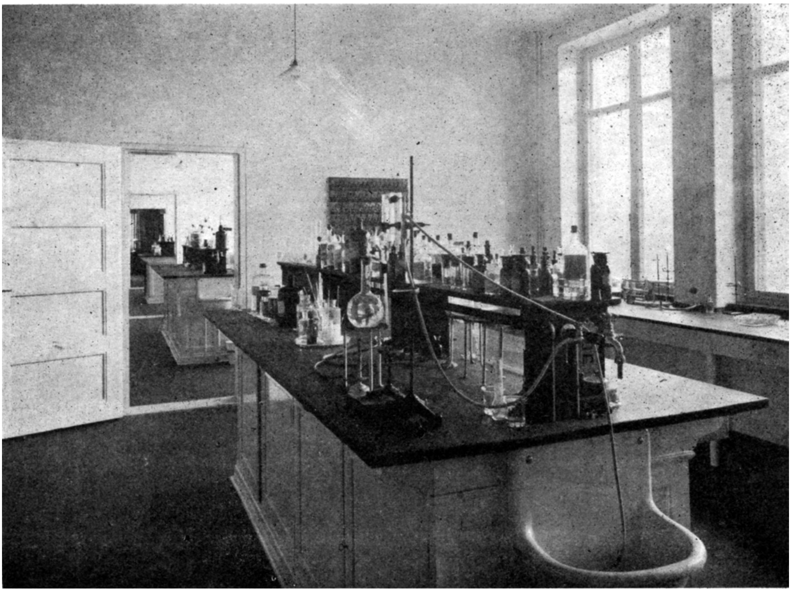


Bild 9. Laboratorium. Medicinska kliniken i Lund, cirka 1918. Öppet bildarkiv, Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapet (SMHS). Licens: CC BY NC-ND

laboratorium under tidigt 1800-tal. Mot slutet av 1800-talet fanns i Uppsala ett större histologiskt laboratorium där flera kvinnor arbetade för en professor vid namn Salomon Eberhard Henschen. Deras arbetsuppgifter kunde vara att framställa preparat för forskning, dvs. skiva organ och vävnader tunt samt färga dem så att olika vävnadstyper kunde framträda bättre, samt avbilda preparaten för väggplanscher till undervisning eller bilder för avhandlingar.

Arbetets karaktär kunde troligtvis vara enahanda med tanke på att underlaget för de artiklar som publicerades baserades på 5 000–10 000 preparat. Laboratoriebiträdenas arbete skedde för det mesta ensamt under ledning av en professor. Tjänsten var under denna tid knuten till någon institution på universitetet, t.ex. anatomiska, histologiska, zoologiska institutioner där vävnader och organ undersöktes. När vi kommer in på 1900-talet ökar också mängden av kemiskt, bakteriologiskt och serologiskt arbete, dvs. förberedelser och analyser av blod, urin och mikrober.[95]

Lasarettens utbyggnad och tillkomsten av statliga laboratorier

Utbyggnaden av lasaretten innebar möjligheter att också bygga ut sjukvårdslaboratorierna, vilket i sin tur underlättade läkarnas specialisering och tillkomsten av en institutionell bas för laboratoriebiträden och laboratorieassistenter.

Laboratoriebiträdena var i sitt arbete på laboratoriet underställda professorer, läkare och forskare. Under denna period kom de in i yrket på generella meriter, på sin skolbakgrund, men genom arbetet specialiserades de. Det fanns en mängd olika beteckningar på dem som arbetade på laboratoriet. Tekniska biträden fanns vid universitetens laboratorier och dessa var huvudsakligen kvinnor. När den första ordinarie sådana tjänsten inrättades på Karolinska mediko-kirurgiska institutet 1912 fick den beteckningen ”kvinnligt tekniskt biträde”.

År 1924 hade antalet fasta tjänster ökat till sex. Det förekom också att laboratorieassistenter anställdes som laboratoriesköterskor, trots att de inte hade någon sjukvårdsutbildning. Vid andra statliga laboratorier var beteckningen ”kvinnligt laborationsbiträde” eller ”preparator”. Det var inte förrän efter 1925 som prefixet kvinnligt togs bort. Det förekom att män och kvinnor kunde ha samma arbetsuppgifter, t.ex. preparatorsuppgifter. Kvinnorna betecknades trots detta som kvinnligt tekniskt biträde medan männen kallades preparator och de hamnade i olika löneläge.[96]

När de statliga laboratorierna startade 1908, 1915 och 1918 fanns redan laboratoriebiträdena som en självklar yrkeskategori. I ett bredare perspektiv var fasta biträdestjänster inom statliga institutioner under framväxt och för laboratoriebiträdena var 1912 ett viktigt årtal då den första fasta tjänsten inrättades vid Karolinska institutet. Tjänster vid Karolinska institutet prioriterades av riksdagen, medan Lund och Uppsala fick fasta tjänster först 1927. Ett skäl till fördröjningen var att man från departementets sida hade farhågor om att en utvidgning skulle bereda vägen för fler institutioner att ställa samma krav på biträdestjänster och att det ekonomiska läget i landet gjorde att man var allmänt försiktig. Hittills hade man fasta tjänster på de statliga laboratorierna och inom medicin; först 1936 fick en naturvetenskaplig institution en fast tjänst för ett laborationsbiträde.[97]

Laboratoriebiträdenas utbildning

Laboratoriebiträdenas utbildning varierade, men generellt räknade man med ett par års inskolning. Ett laboratoriebiträde fick till exempel 1918 gå en kurs i histologi med de medicinstuderande på Karolinska institutet, medan andra fick praktisk övning och ingen vetenskaplig skolning. En del av de tidiga laborationsbiträdena läste facklitteratur på egen hand, vilket i praktiken innebar att de behärskade ett eller två främmande språk. De hade också till uppgift att skriva texter på olika språk till andra laboratorieföreträdare. Generella kvalifikationer var att komma från rätt familjebakgrund, ha god skolbakgrund och visa lämplighet vad gäller ordning och disciplin.

Den sociala bakgrunden var således den första tröskeln och sociala nätverk kring ämnesföreträdaren var betydelsefulla i rekryteringen av lämplig person. Skolbakgrunden bestod ofta av studentexamen, flickskola eller realexamen. Flickskolorna undervisade i naturvetenskapliga ämnen med praktisk inriktning, fysiologi, allmän sjukvårdslära och hälsovårdslära, och grundkunskaperna i dessa ämnen var kemi och fysik. Curt Wallis, som omnämnts tidigare som en av bakteriologins företrädare, gav ut en lärobok i just dessa flickskoleämnen vilken även hade avsnitt om fysiologi och bakteriologi.

Yrkets tekniska karaktär drev dock fram krav på att kunna behärska teknik och apparatur av olika slag. Visserligen kunde man anställa en medicine studerande, men denne stannade bara så länge som han behövde för sina studier och så fick professorn börja om att lära upp den näste som kom. Man argumenterade därför för fasta tjänster som skulle garantera tillgången till en kontinuerlig kompetensresurs, som dessutom ökade sin kunskap och med tiden förfinade sitt handhavande av tekniken.[98]

Med den vetenskapliga och tekniska utvecklingen utvecklades laboratoriemetoderna, som i sig var tidsödande då olika preparat skulle förberedas för analyser. Hand i hand utvecklades också analysmetoderna. Ämnesområdena utvidgades och arbetsuppgifterna ökade inte minst på grund av att man även behövde utveckla undervisningsmaterial.

Då laborationsbiträdena inte själva hade mobiliserats och organiserats var det de medicinska ämnesföreträdarna som fick

ta på sig rollen att argumentera för betydelsen och utbyggnaden av tjänster samt att dessa borde vara fasta tjänster. Men deras engagemang var primärt baserat på behovet att trygga deras egen verksamhet och medelstilldelning. Att lämna det manuella laborativa arbetet till ett biträde innebar för dem att de kunde koncentrera sig på det intellektuella arbetet och tolkningar av analyser. Laborationsbiträdenas arbete var ett specialiserat hantverk som man lärde sig genom en mästar-lärlingsmodell och när biträdet var färdigutbildad fick hon ansvar för det laborationstekniska arbetet. Genom statens inrättande av fasta tjänster bildades en arbetsmarknad för dem.[99]

Lönerna var låga i förhållande till det kvalificerade arbetet. Preparatorstjänster kunde innehas av män och där uppstod löneskillnader trots att arbetet var detsamma. Men löneskillnader fanns också inom laboratoriebiträdenas kategori eftersom deras löner var starkt beroende av de medel som institutionen hade till sitt förfogande. Donationer och andra fondmedel var också ojämnt fördelade vilket spelade roll i sammanhanget. Det kom att dröja ytterligare en tid innan staten tog ett utökat ansvar för ett långsiktigt ekonomiskt stöd för laboratoriearbetet. En intressant jämförelse med sjuksköterskor, baserad på löneläge, visade att kring 1910 var laboratoriebiträdena avlönade som tjänstemän (mellan 1 200 och 1 600 kr per år), medan sjuksköterskorna hade betydligt lägre lön, cirka 400 kr per år i genomsnitt.[100]

Vid tiden kring sekelskiftet 1900 skedde en kraftig utbyggnad av slutenvården, särskilt lasaretten. Efter sekelskiftet ökade också antalet laboratorier i statlig regi. Staten blev allt mer genomorganiserad och övertog i allt högre grad ansvaret för det svenska samhället och dess befolkning. Den framväxande ekonomin, teknologin och produktionen bidrog till en intressegemenskap mellan industri och stat, där staten fick en samordnande och överordnad funktion, vilket delvis kan belysas av organisatoriska förändringar i den statliga och kommunala administrationen. Detta har behandlats översiktligt på hälso- och sjukvårdens område under denna period.

En viktig skillnad kan noteras under denna tid vad gäller kvinnors möjligheter till lönearbete. De fick tillträde till uppgifter som var underordnade i den rådande arbetsdelningen, dvs.

sjuksköterskorna biträdde läkarna och laborationsbiträdena biträdde både läkare och forskare. Under den klassiska industrikapitalismen medförde den allmänna arbetsdelningen i samhället skillnader mellan olika skikt av arbetare men också mellan mäns och kvinnors arbete. Under nästa skifte i den svenska ekonomin som var i riktning mot delaktighetskapitalism (åren kring 1935) kom arbetsdelningen mellan män och kvinnor att fördjupas och förstärkas, vilket beskrivs i nästa kapitel.[101]

Konklusion – Kvalitativa språng och kvantitativa språng

Det professionella medicinska fältets andra kvalitativa språng

I takt med kunskapsutvecklingen och specialiseringen som följde på medicinens etablering som positiv vetenskap, blev detta nya sätt att se på sjukdomar utmanande och heterodoxt, vilket medförde en stark polarisering som inte funnits tidigare.

Detta medicinska nytänkande. som lite tillspetsat kan sägas handla om sjukdomar (och inte människor som var sjuka) och sjukdomarnas säte i kroppen samt om sjukdomsorsaker, kom att bidra till ett paradigmskifte, från en mångfald av naturfilosofiska och humoralpatologiska förklaringar till ett biomedicinskt paradigm eller ett andra kvalitativt språng för det medicinska fältet. Detta kunskapsområde blev grunden till en robust kunskapskärna om den biologiska kroppen och kom att utgöra läkarprofessionens *heartland*, med Abbotts begrepp, där de är i princip oantastbara.[102] Fokuseringen på sjukdomar, deras biomedicinska orsaker och bot blev praktikens kärna.

Som nämndes tidigare räknas det biomedicinska paradigmets internationella genombrott till 1858, men kring 1880-talet och tiden kring sekelskiftet präglades införseln av nya internationella medicinska genombrott till Sverige av teoretisk vilsenhet. De som behärskade det nya teoretiska tänkandet var en liten grupp läkare. Genombrottet för bakteriologin i svenskt sammanhang beräknas till åren mellan 1907 och 1918, dvs. den period då staten startar institutioner med en specifik vetenskap som grund. Den får då ett godkännande och dess tillämpningar ges erkännande och får genomslag i samhällsplanering och samhällskonstruktion.

Det professionella medicinska fältets första kvantitativa språng

Den utomordentligt kraftiga expansionen av lasarett och läkartjänster ses här som ett kvantitativt språng inom fältet. Viktigt är här att påpeka att det ingalunda var det biomedicinska paradigmet som var ledstjärnan för utbyggnaden av slutenvården och ökningen av tjänster under denna period. Det var snarare så att hälso- och sjukvården byggdes ut enligt traditionella organisatoriska mönster och utredningsväsendet präglades av en slags spärrhakeffekt och andra utommedicinska faktorer.[103]

En basstruktur etableras inom fältet

Kroppsmedicinen och det biomedicinska paradigmet fick en viktig institutionell bas genom den tidigare genomförda organisatoriska satsningen, akutvårdsmodellen, vilket illustreras av den kraftiga utbyggnaden av lasaretten och antalet platser på läkarutbildningen, vilken även influerades starkt av de vetenskapliga framstegen vilket resulterade i att nya studieämnen infördes. Läkarutbildningen hade renodlats till en enhetlig utbildning och där formades och omformades medicin som huvudämne genom tillkomst eller utrangering av stödjande vetenskapliga ämnen.[104]

Cellularpatologin och mikrobiologin fick också under 1900-talets första hälft en starkare institutionell bas genom laboratoriernas framväxt, dels som enskilda verksamheter, dels vid klinikerna på sjukhusen. Laboratoriebiträden och laboratorieassistenter kom att fylla en viktig funktion då de tog över mycket av det rutinartade arbetet i laboratoriet. Men de hade vid den här tiden ännu inte formerats kollektivt.

Sjuksköterskekårens framgångsrika formering berodde till stor del på lasarettens utbyggnad och en relativt snabb utbyggnad av sjuksköterskeutbildningen. Liksom när det gäller läkarnas professionaliseringsstrategier har även hos sjuksköterskorna en elitformering i kårens topp och dess sociala status haft betydelse för det kollektiva identitetsarbetet i kallets namn, och olika stängningsförsök genomfördes framgångsrikt nedåt i hierarkin.

Medicinalpolitiken stödde visserligen både de öppna och de slutna vårdformerna, men den öppna vården var decentraliserad och löst kopplad till tillsyn i kommunala organ, som utgjorde samhällsmedicinenens organisatoriska säte. I den lokala hälso- och

sjukvårdspolitiken var framgången för socialläkarna och folkhälsan ofta beroende av lyckade samarbeten mellan professionen, politisk ledning (kommunalfullmäktige) och tillsynsorgan, t.ex. den lokala hälsovårdsnämnden, samt nykterhets-, social- och barnavårdsnämnder. Detta medförde en betydligt mer komplex situation när det gällde att visa styrka genom att klassificera ett professionellt problem, resonera och förklara det samt agera utifrån det, dvs. lösa det.[105]

Andra viktiga faktorer i utvecklingen av fältet var att Svenska Läkaresällskapet hade en viktig funktion som remissinstans och deras tidskrift *Hygiea* fungerade som vetenskaplig debattarena, medan Medicinalstyrelsen sedan länge var bemannad av läkare och arbetade aktivt för att utrota kvacksalveriet. Dessutom hade riksdagen länge haft många medlemmar som var ämbetsmän.[106] För sin del arbetade Läkarförbundet mest med kollektivt identitetsskapande men samtidigt skedde en ökad heterogenisering, bl.a. beroende på den breddade sociala rekryteringen. Detta ökade friktionen mellan olika läkarkulturer inom kåren som hade olika intressen (lasarettsläkare och provinsialläkare) samt mellan olika generationer läkare med olika arbetsvillkor och mellan olika specialiteter. Genom den snabba ökningen av antalet läkare blev det dessutom så småningom även ont om arbetstillfällen.

Det är alltså under denna period som det professionella medicinska fältet etableras i sin basstruktur efter det biomedicinska paradigmets genomslag och lovande framgång. Det fanns nu mobiliserade yrkesgrupper på plats att förvalta de professionella uppdragen: läkare, stödjande sjuksköterskor samt laboratoriebiträden/-assistenter som kuggar i mikrobiologins maskineri. Lasaretten och akutvårdsmodellen var sedan tidigare den valda vägen. Nu var det bara ökade ekonomiska resurser och en gynnsam politik som behövdes för att ta detta vidare. Den symboliska maktstriden var ju redan vunnen.

Ett socialt och kulturellt legitimeringsarbete hade bildat en myt om att det nu fanns ett enda medicinskt förklaringssystem, en enda hälso- och sjukvård, en enda läkarkår, en enda sjuksköterskekår osv. I själva verket lade sig mytbilden ovanpå en verklighet som var betydligt mer nyanserad och hierarkisk än så. Sjukdomar som inte hade ett tydligt säte i kroppen och därför inte kunde

behandlas på ett enkelt och effektivt sätt blev inte prioriterade. Sjukdomar vars orsaker kunde finnas i miljön var ju dessutom betydligt svårare att få grepp om. Antalet provinsialläkare hade visserligen vuxit kraftigt men den vetenskapliga utvecklingen på socialmedicinens område var på efterkälken och den del av hälsovården som låg utanför sjukhusväggarna hade inte en organiserad, centraliserad och prioriterad tillsyn.

Sammanfattningsvis kan man säga att lasaretten blev biomedicinens och kroppsmedicinens institutionella bas och kommunerna eller menigheterna blev socialmedicinens eller samhällsmedicinens institutionella bas. Den öppna vården, som var institutionellt säte för samhällsmedicinen, kom så småningom mer eller mindre att överges av den centrala hälso- och sjukvårdspolitiken, till förmån för slutenvården, där eliten, de biomedicinskt orienterade lasarettsläkarna, och dess *heartland* kunde realiseras.[107]

Noter kapitel 3

1. Gustafsson 1987, s. 262ff.

2. Brante 2010b, s. 89.

3. Gustafsson 1987, s. 262ff.

4. Bergstrand 1963, s. 149.

5. Bergstrand 1963, s. 154; Kock 1948, s. 23; *Statistisk årsbok* 1919, 1925.

6. Gustafsson 1987, s. 191.

7. Statistik har sammanställts från Bergstrand 1963, s. 154 samt Kock 1948, s. 23; *Statistisk årsbok* 1919, 1925.

8. I sin avhandling *Traditionernas ok. Den svenska hälso- och sjukvårdens organisering i ett historie-sociologiskt perspektiv* har Rolf Å Gustafsson visat utvecklingen som en huvudsaklig anpassning till och påbyggnad på samt förgreningar av sedan senmedeltiden etablerade organisatoriska traditioner. Gustafsson 1987, s. 126, 329–333, 352–355. Detta resonemang ligger till en viktig grund för avsnittet om hälso- och sjukvårdens medeltida rötter i Carlheds avhandling från 2007.

9. Beslutet kom i samband med landets första hälsovårdsstadga 1874. Gustafsson 1987, s. 191.

10. Sundin m.fl. 2005.

11. Gustafsson 1987, s. 191, 285–302.

12. I sin avhandling *Traditionernas ok. Den svenska hälso- och sjukvårdens organisering i ett historie-sociologiskt perspektiv* har Rolf Å Gustafsson visat utvecklingen som en huvudsaklig anpassning till och påbyggnad på samt förgreningar av sedan senmedeltiden etablerade organisatoriska traditioner. Gustafsson 1987, s. 126, 329–333, 352–355. Detta resonemang ligger till en viktig grund för avsnittet om hälso- och sjukvårdens medeltida rötter i Carlheds avhandling från 2007.

13. Gustafsson, 1987 s. 352ff.

14. Gustafsson 1987, s. 124, 243, 191, 301, 344ff.

15. Abbott 1988, s. 59ff.

16. Gustafsson 1987, s. 191, 285–302.

17. Det var vanligt att patienters boende, vård och undervisning skedde på samma anstalt. Carlhed 2007, s. 79. 81, 100, 300, 302.

18. Se även Sjöstrands analys av teknologins fält i Sverige. Sjöstrand 2013, 2019.

19. Torstendahl 1991, s. 44.

20. Stolt 1997, s. 142–149, 192–193.

21. Ibid., s. 140–149.

22. Arvid Wallgren hette läkaren, Stolt 1997, s. 204.

23. Ibid., s. 204.

24. Ibid., s. 141., *Om arternas uppkomst genom naturligt urval eller De bäst utrustade rasernas bestånd i kampen för tillvaron*. Darwin 1999.

25. Ibid., s. 160–169.

26. Ibid., s. 160, 189–193, 209–210.

27. Ibid., s. 161–169. Se även Johnsson och Svenssons analys av professionaliseringen av den psykosociala integrationens fält. Johnsson och Svensson 2013, 2019.

28. Stolt 1997, s. 75, 171, 258.

29. Ibid., s. 212.

30. Ibid., s. 153, 195–196.

31. Ibid., s. 169–170, 195–198.

32. Ibid., s. 194–198.

33. Ibid.

34. Gustafsson 1987, s 356 skriver att psykiatri blev egen disciplin 1860, Koch anger 1858 som inrättandet av professuren i Uppsala till denna tidpunkt, samt 1858 års stadga om hospitalen, Kock 1963, s 147.

35. Qvarsell 1991, s 101.

36. Det fanns egentligen ingen lämplig institutionsform i början av 1900-talet, många togs in på ”ålderdomshem” i brist på andra lösningar. Grunewald och Olsson 1997, s 52. För en detaljerad beskrivning se Söder 1978, s 143ff.

37. Stolt 1997, s. 194.

38. Ibid., s. 180–189, 193, 207.

39. Ibid., s. 180–189, 193, 207.

40. Graninger 1997, s. 227–230; Persson 1994, s. 90.

41. Persson 1994, s. 86–102.

42. Lagerkvist 1999, s. 115.

43. Graninger 1997, s. 117.

44. Nosologi är med ett annat ord sjukdomslära. *Nationalencyklopedin*, https://www.ne.se.

45. Graninger 1997, s. 227–230; Persson 1994, s. 90.

46. Lagerkvist 1999, s. 115. Se även Agevall och Olofsson 2019, s. 74ff.

47. Bergstrand 1963, s. 110–114.

48. Sjöstrand 2003, s. 330, 336–340.

49. Bergstrand 1963, s. 112.

50. Persson 1994, s. 86–102.

51. Ibid., s. 269.

52. Sjöstrand 2003, s. 330, 336–340.

53. Sjöstrand 2003, s. 330, 336ff; Från 1873 fick kvinnor rätt att avlägga akademisk examen. Svensson 1980, s. 1, 10, 13, 14, 20, 24.

54. Frey 1980, s. 4–5.

55. Schöldström 2003, s. 43; Bergstrand 1963, s. 108, 114–155, 133ff. Invärtes medicin (8), kirurgi (6), medicinsk pediatrik (3), kirurgisk pediatrik (1), neurologi (1), oftalmiatrik (2), könssjukdomar (3), lungtuberkulos (1), epidemiska sjukdomar (2) samt gynekologi och obstetrik (7), tillsammans 34 stycken med tillhörande överläkartjänster. Bergstrand 1963, s. 115.

56. Abbott 1988, s. 105.

57. Svenska Läkaresällskapet bildades 1808 och var inriktat på vetenskapliga frågor. Sjöstrand 2003, s. 23ff.

58. Eklöf 2000, s. 199.

59. Beronius 1994, s. 46, 58.

60. Schöldström 2003, s. 15, 18, 20, 24.

61. Nilsson 2003, s. 71.

62. Eklöf 2000, s. 201–202, 220, 230.

63. Schöldström 2003, s. 25, 31.

64. Gustafsson 2000, s. 29.

65. Denna princip skrevs in i grundlagen 1809. Nilsson 2000, s. 5; Gustafsson 2000, s. 29.

66. Statsrådens ed levde kvar till 1958 och domareden till 1975. Se Malmer 1996, s. 257.

67. Eklöf 2000, s. 253–254. Se även Gustafsson 2000, s. 27ff.

68. Eklöf 2000, s. 190.

69. Ibid., s. 187.

70. Palmblad 1997, s. 38, 75, 105ff.

71. Johannisson 1994; Abbott 1988, s. 177–211.

72. Abbott 1988, s. 177–211.

73. Nilsson 2003, s. 75. Se också Eklöf 2000, s. 214ff.

74. Eklöf 2000, s. 230, 233, 254. Resonemanget finns mer utvecklat i Carlhed 2007, s. 70ff.

75. Schöldström 2003, s. 19, 21.

76. Abbott 1988, s. 83.

77. Janlert 2009, s. 403. Lagen om behörighet att utöva läkarkonsten, nr 362, 21 september 1915.

78. Eklöf 1998, s. 158.

79. Rabo 1999, s. 197–212.

80. Abbott 2005, s. 246ff.

81. Ibid.

82. Emanuelsson 1990, s. 34.

83. Stolt 1997, s. 139–140.

84. Emanuelsson 1990, s. 34.

85. Gustafsson 1987, s. 367ff.

86. Dillner 1993, s. 630–632.

87. Emanuelsson 1990, s. 39–48.

88. Abbott 1988, s. 59ff.

89. Emanuelsson 1990, s. 49–51.

90. Ibid., s. 51–57.

91. Ibid., s. 81–82.

92. Ibid., s. 82–84.

93. Ibid., s. 100–102.

94. Abbott 1988, s. 59ff.

95. Persson 1994, s. 117–118, 123–127.

96. Ibid., s. 117–118, 295.

97. Graninger 1997, s. 227–230; Persson 1994, s. 90, 142, 151–155.

98. Persson 1994, s. 182–186, 188, 248, 277.

99. Ibid.

100. Ibid.

101. Persson 1994, s. 55–56; Torstendahl 1984, s. 160.

102. Abbott 1998, s. 71.

103. Gustafsson 1987, s. 351ff.

104. Medico-chirurgiska institutet (Karolinska institutet). Examensstadgan reviderades 1822. Agevall och Olofsson, 2019 s. 74; Sjöstrand 2003, s. 330, 336–340; Lagerkvist 1999, s. 115.

105. På grund av sin betydelse för folkhälsan har legitimiteten för det lokala arbetet haft draghjälp av de stora folkrörelserna och deras intresse för just dessa frågor. Genom sina representanter har dessa haft förankring i de lokala beslutskretsarna. Sundin et al. 2005, s. 12; Abbott 1988, s. 40ff.

106. Flera av Medicinalstyrelsens ämbetsmän ingick i riksdagen, till exempel Alfred Petrén som satt i statsutskottet 1917–1919 och Georg Schuldheis, 1903. Schuldheis var 1901 överinspektör för sinnesslövården och samtidigt den första inspektören för vanförevården. Hans roll i yttranden över vanförevårdsföreningarnas framställanden om statsbidrag har varit betydelsefull för vanförevårdens etablering. Som medicinare förstod han också väl ortopedernas önskan om att inrätta ortopediska kliniker vid anstalterna. Han efterträddes av Alfred Petrén 1909 med samma ansvar. Holme 1996, s. 177, 181.

107. Abbott 1988, s. 71, 119.

4. De gyllene åren: 1930- till 1960-tal

Kapitlet tar upp utvecklingen inom det svenska hälso- och sjukvårdssystemet och dess konsekvenser för kroppsmedicin och samhällsmedicin samt för läkarna och sjuksköterskorna. Laboratorieassistenterna blir fler i takt med utbyggnaden av laboratorier under denna period. De olika professionaliseringsstrategierna för de tre yrkesgrupperna diskuteras i relation till hälso- och sjukvårdens specialisering, expansion av systemet och relativt parallell rationalisering inom detsamma. Denna period är gyllene år för professionalismen inom det medicinska fältet, särskilt för läkarna med deras hegemoniska position.

Samhällsekonomisk inramning

Den svenska ekonomin under 1930-talet var i likhet med andra västerländska samhällen starkt påverkad av den stora depressionen. Denna var en omfattande ekonomisk kris som i Sverige vuxit fram under 1920-talet, då staten haft svårigheter att hantera den höga arbetslösheten och strider mellan klasser. Dessutom tillkom strömningar från nazism, fascism och kommunism från omvärlden.

Socialdemokraterna kom till makten 1932 och i samarbete med Bondeförbundet blev detta startpunkten för en samling av folket kring det nationella demokratiska systemet och kampen för arbete och ekonomisk trygghet. Det var under denna tid som folkhemsidén började formas. Arbetarna skulle föras till arbete, men som aktörer på arbetsmarknaden, inte bara som arbetskraft.[1]

How to cite this book chapter:
Carlhed Ydhag, C. 2020. *Uppkomsten av ett professionellt medicinskt fält. Läkares, sjuksköterskors och laboratorieassistenters formering*. Pp. 105–145. Stockholm: Stockholm University Press. DOI: https://doi.org/10.16993/bbc.d

Under den ekonomiska depressionen var arbetslösheten skriande aktuell.[2] I Per Albin Hanssons vision ”Folkhemmet” formulerades dock en allmän, generell välfärd där heller inga skillnader mellan medborgargrupper skulle finnas avseende demokratin.[3]

Skattehöjningar skulle finansiera socialpolitiska reformer och premiera generella bidrag i stället för behovsprövade. Då vissa anstalter och institutioner sågs som kvarlevor av det gamla samhället fokuserades istället förebyggande arbete inom vården. På så sätt blev det inte intressant att reformera organiseringen av de gamla anstalterna. Mer generellt handlade det om klassisk socialpolitik där frågor om pension, socialhjälp och arbetslöshetsförsäkringar var centrala.

Den här tidens samhällsekonomiska förhållanden kan betecknats som delaktighetskapitalism eller en folkligt organiserad kapitalism. Detta innebar en förskjutning i maktbalansen mellan kapital och arbete som en följd av arbetarrörelsens framväxt och samverkan med storkapitalet – inte bara vad gäller maktbalansen i sig utan också en förskjutning i innebörden av begreppen makt och kapital. Samverkan grundade sig i ett gemensamt intresse av att skapa ordning genom kollektiva avtal vilket möjliggjorde samarbete mellan storkapital och socialdemokratisk politik. Resultatet blev goda betingelser för ökad ekonomisk tillväxt och ökad jämlikhet i samhället.[4]

En rad socialförsäkringar byggdes gradvist ut och breddades under 1940- och 1950-talet för de grupper som kunde visa ett dokumenterat behov av trygghet. Grupper som egenföretagare eller hemmafruar kunde ha svårt att bevisa sitt arbete och fick svårt att få del av trygghetssystemen. Efterkrigstiden 1950–1973 blev ”kapitalismens verkliga guldålder” då den fulla sysselsättningen krävde riklig tillgång på arbetskraft, vilket förstärkte arbetarrörelsens förhandlingspositioner.[5]

Män och kvinnor på arbetsmarknaden

Uppdelningen av arbete mellan män och kvinnor kom att fördjupas och förstärkas under de första tjugo åren av denna period; de politiska diskussionerna om manligt, kvinnligt, rättigheter till inkomstförsäkring och ett manligt familjeförsörjarideal bidrog

troligtvis till synen på kvinnans arbete och mannens arbete och vad som värderades mest.

Fackföreningsrörelsen reproducerade den sociala ordningen på arbetsmarknaden. Den stora efterfrågan på arbetskraft, inkomsttryggheten och utbyggnaden av den offentliga sektorn medförde en förskjutning mot en tvåförsörjarmodell och utgjorde ett incitament för kvinnor till förvärvsarbete. Men kvinnorna tillhörde ju ingen enhetlig klass utan var delade via social bakgrund. Kvinnorörelsen var dock en enande kraft med gemensamma målsättningar mellan 1920- och 1960-tal.[6] De kvinnor som tidigt fick tillträde till arbete som läkare, sjuksköterskor och laboratoriebiträden/-assistenter var alla från överklass eller övre medelklass. Deras fackliga strävanden var klassrelaterade, vilket syns tydligast i sjuksköterskornas formering i elitföreningar och underordnade restföreningar.[7]

Det moderna hälso- och sjukvårdsystemet

Fokuseringen på utbyggnad av slutenvård

Distinktionen mellan sluten vård och öppen vård fortsatte att vara en organisationsprincip som följdes under utbyggnaden av det moderna hälso- och sjukvårdssystemet. Distinktionen skiljer, vardagligt uttryckt, mellan den vård som krävde inläggning på anstalt och den vård som kunde erhållas i annan öppen vård t.ex. distriktsvård. Provinsialläkarväsendet var just en sådan distriktsvård som inte upplöstes förrän 1961 då huvudmannaskapet överfördes till landstingen.[8]

Lasarettens utveckling och framgång hade även att göra med socialförsäkringens utformning eftersom den slutna sjukhusvården var billig för individen. Läkarna hade också nytta av att de driva privat öppenvård vid lasaretten. Stora lasarett gav högre inkomst och mer prestige, troligen i form av *image making,*[9] dvs. att visa upp tecken på framgång, både ur vetenskapligt och socialpolitiskt hänseende. Den kraftiga utbyggnaden berodde troligen på en optimistisk föreställning om befolkningstillväxten.[10]

Samtidigt med den kraftiga utbyggnaden av sjukhusen och antalet vårdplatser inom den slutna vården fanns också en framväxande rationaliseringstanke, som formulerats för första gången



Bild 10. Byggnation av Lunds lasarett mellan 1964 och 1967. Öppet bildarkiv, Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapet (SMHS). Licens: CC BY NC-ND

redan 1937 och som framfördes av Svenska sjukhusföreningen som bildats 1930. Pionjärerna i denna förening, som kom att växa snabbt i medlemsantal, utgjordes av personer med närhet till makt och förvaltningscentra. Det var således en privat sammanslutning av centralt placerade befattningshavare, men den fick stor betydelse för rationaliseringsdiskussionerna och deras framgångsrika fokusering på den inre arbetsorganisationen inom sjukvården. Idéerna om den inre arbetsorganisationen blev explicita i och med 1950-talets utredningar. Idéerna hämtades från industrins rationalisering och fokuserade på sjuksköterskorna, den underställda personalen och patienter, men undantog läkarna från dessa arbetsstudier.[11] Hur såg då tjänstestrukturen ut? Det beskrivs i nästa avsnitt.

Tjänstestruktur och specialiseringar

Utbyggnaden av epidemisjukhusen var ett svar på det stora behovet att avskilja de smittsamma sjukdomarna och vid sekelskiftet hade man ökat antalet sjukhus från 9 till 123 runt om i landet.

Frånsett de allra största sjukhusen fungerade epidemisjukhusen ännu som isoleringsanstalter och det kom att dröja till 1946 innan det blev en ändring på detta, då man krävde att epidemisjukhusen skulle ha lasarettsstandard med heltidsanställd läkare. Därmed blev det också möjligt för läkare att specialisera sig som epidemiläkare eller meritera sig till överläkare vid infektionsklinik. Den sistnämnda formen kom senare att alltmer överta epidemisjukhusens roll, då sanatorier blev till lungkliniker vid sjukhusen.[12]

När det gällde tjänstestrukturen var titeln lasarettsläkare synonym med chefsläkaren på ett sjukhus eller överläkare. 1959 års lag använde ordet klinik i stället för avdelning; tidigare var termen avsedd för sjukvårdsinrättningar som bedrev undervisning. Den tjänstestruktur som den nya lagen förordade var: överläkare (för lasarett, sanatorium, epidemisjukhus, mentalsjukhus med mer än 150 vårdplatser eller om Medicinalstyrelsen förordnat sådan tjänst); sjukstugeläkare (vid sjukstugor, tuberkulossjukstuga eller epidemisjukstuga); sjukhemsläkare (vid sjukhem); samt biträdande överläkare, underläkare och extra läkare.[13]

Det var inte bara antalet lasarett som ökade utan också medicinens komplexitet. Allt fler specialiserade sjukhusavdelningar öppnades inom den slutna kroppsvården, vilket innebar att många läkare genom tjänstgöring vid dessa kliniker kunde blir specialister.[14] Centrallasarettens inrättande var ett led i att samla så många specialister som möjligt på ett och samma sjukhus och snart fanns det ett eller två inom varje landstingsområde.

Den fortskridande medicinsk-tekniska utvecklingen och kostnadsökningarna inom vården påskyndade en indelning i sju sjukvårdsregioner efter ett betänkande om regionsjukvården som utkom 1958. År 1960 inrättades sju regioner för den slutna kroppsvården och varje region försågs med ett regionsjukhus där den mest komplicerade vården skulle bedrivas. Denna utveckling påverkade starkt behovet av specialister. Regionindelningen grundade sig på att vissa specialiserade vårdgrenar kräver ett tillräckligt stort upptagningsområde och på att de vanliga sjukvårdsområdena var för små att ensamma uppbära specialiserade kliniker. Detta innebar att de flesta regionsjukhusen blev forsknings- och undervisningssjukhus, vilket stärkte akutvårdsmodellens prioritering av kunskapstillväxt.[15]

Mentalvården

Inom den slutna mentalvården ersattes beteckningen sinnessjukhus med mentalsjukhus. I början av 1960-talet hade landstingen ännu inte tillsynsansvaret för mentalvården även om det fanns en del kliniker för vård av sinnessjuka, somliga med lång historia, t.ex. Vipeholms sjukhus i Lund som bildades 1930.

År 1960 fanns det 24 lasarettsanslutna psykiatriska kliniker samt 12 barnpsykiatriska kliniker. Mentalsjukhusen var 37 till antalet men det fanns även psykiatriska avdelningar vid 7 fångvårdsanstalter.

Utvecklingen inom mentalvården, avseende läkartjänster, ledde till att överläkartjänsterna tredubblades mellan 1940 och 1960 och underläkartjänsterna fördubblades. Det totala antalet läkartjänster steg således från 153 till 520 under denna period. Tjänstestrukturen på mentalsjukhusen var: överläkare, förste läkare och läkare. Inom de lasarettsanknutna klinikerna följde tjänstestrukturen övriga kliniker på lasaretten.[16] Behörighetsvillkoren skiljde sig något från övriga överläkartjänster inom sjukvården, genom att läkaren skulle genom sin tidigare tjänstgöring ha visat sig ”ägnad för läkarverksamhet på mentalsjukhus”. En stor läkarbrist under 1950-talet syntes dock framförallt inom mentalvården, där 54 % av läkartjänsterna var vakanta 1958.[17]



Bild 11. Vipeholms sjukhus, Lund. Öppet bildarkiv, Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapet (SMHS). Licens: CC BY NC-ND

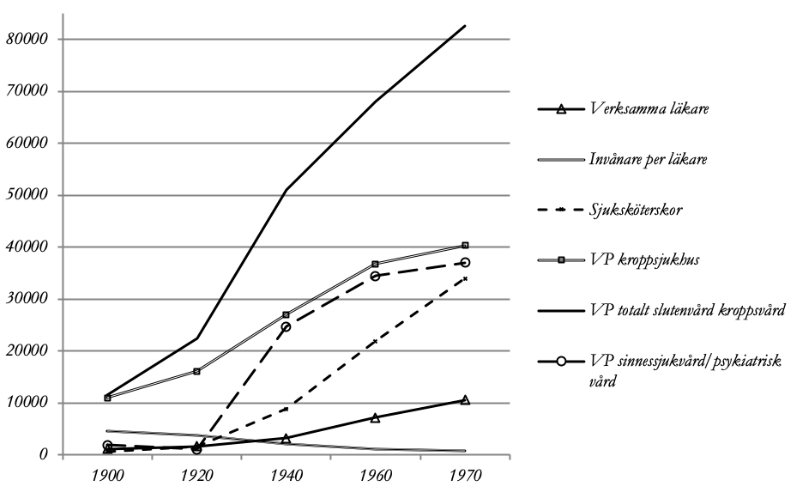
Utvecklingen av slutenvården

Den stora utbyggnaden inom slutenvården bestod främst av vårdplatser inom invärtesmedicin samt långvarigt kroppssjuka (se Figur 2) Samtidigt med det ökade antalet vårdplatser ökar antal vårddagar inom lasarettsvården från 88 400 per år 1920 till 139 100 per år 1970, detta trots att både lungsjukvård och epidemivård kraftigt minskar.

Inom den psykiatriska slutenvården sker under denna period dock en förskjutning från ett minskande antal vårdplatser inom psykiatrisk lasarettsvård (mentalsjukhusen) till ett ökat antal inom sjukhemsvården, vilket var en mer öppen form av psykiatrisk vård. Inom slutenvården totalt sett minskade medelvårdtiden som en patient är inskriven på klinik från 29 dagar till 11 dagar under en femtioårsperiod.

Denna sjunkande medelvårdtid inom slutenvården gäller både lasarettsvård, lungsjukvård, epidemisjukvård och förlossningsvård. Man kan därmed dra slutsatsen att en kraftig effektivitetsökning skett. Totala antalet vårddagar har ökat, men den enskilda patienten vistas allt kortare tid på sjukhusen.

Figur 2 visar den slutna kroppsvårdens kraftiga framväxt under den här perioden, vilket innebär en förstärkning för



Figur 2. Utvecklingen av vårdplatser (VP) totalt i slutenvården, samt i kroppsvård och sinnessjukvård, antal invånare per läkare samt antal verksamma läkare och sjuksköterskor, 1900–1970.[18]

akutvårdsmodellen som en viktig institutionell bas för all yrkesverksamhet inom slutenvården – för läkare, sjuksköterskor och laboratorieassistenter, dvs. för det medicinska fältet.

Som beskrivits tidigare fanns ytterligare distinktioner inom slutenvården, mellan kroppsvård och mentalvård. För den tidiga mentalvården fanns i princip bara slutenvård, medan det inom kroppsvården fanns både öppen vård som ombesörjdes av provinsialläkarväsendet och sluten vård genom intagning på lasarett, sjukhus, sjukstuga, kurhus eller sanatorium. I vid mening förändrades anstalterna inte i någon större utsträckning under tiden fram till 1960.

Det var således en kombination av kraftig utbyggnad av lasarettsutbyggande i och en generell socialpolitisk satsning på svaga grupper och utbyggnad av socialförsäkringarna. Allt i en framtidsoptimistisk anda. I Läkarprognosutredningen från 1960 som handlade om läkarbehov och läkartillgång[19] kommenterades behovet av läkare inom *hälsovården*, dvs. den förebyggande vården, endast kortfattat. Text om *sjukvården* tog i princip allt utrymme medan hälsovården ägnades fyra sidor. Där klargjordes det att omgivningshygienen är primärkommunernas ansvar med länsstyrelsen som primär överordnad instans, medan den individuella förebyggande vården kommit att hamna hos landstingen och städerna utanför landsting. Med andra ord koncentrerade Läkarprognosutredningen sig på sjukvårdsfrågor och inte hälsovårdsfrågor.

Medicinens fortsatta differentiering och konsolidering

Det sociala kartläggningsarbetet närdes av det svenska utredningsväsendet och formulerade sina problem utifrån de praktiska samhällsbehoven. Inventeringarna i ”Linnéanda” sågs som ett steg mot ett bättre samhälle. Intresset för folkhälsan och en framväxande medicinsk specialisering mot socialmedicin kan kopplas samman med detta. Forskarens roll var att aktivt ta del i att reformera samhället och det statliga utredningsväsendet erbjöd sådana viktiga positioner. Men vartefter kom en tydligare separation mellan vetenskap och politik, framförallt under 1900-talets första hälft. Den ideale forskaren skulle vara objektiv och vara verksam

i universitetsvärlden.[20] Nedan beskrivs utvecklingen inom det psykosociala området och dess förankring inom universiteten.[21]

Folkhälsan och socialmedicinen

Folkhälsan blev bättre: ett tecken på detta var att medellivslängden mellan 1850 och 1950 ökade från 40 till cirka 70 år. Socialmedicinen fick sina två första professurer relativt sent, en i Lund och en i Göteborg; båda inrättades 1958 tillsammans med socialmedicinska kliniker.[22] *Socialmedicinsk tidskrift* startade 1924 och blev ett forum som kombinerade socialpolitik och medicin. Inom socialmedicinen var det främst förebyggande medicin man intresserade sig för, vilket fick betydelse för utbyggnaden av en mer öppen vård. Det fanns två strömningar inom socialmedicinen: den ena hade sina rötter i rashygieniska idéer med individuellt fokus, den andra uppmärksammade det sociala eländet och hade ett kollektivt fokus. Man kan dela in socialmedicinen i fyra olika epoker: 1830–1880 saneringsepoken; 1880–1920 den bakteriologisk-serologiska epoken; 1920–1935 födoämnes- och yrkeshygieniska epoken samt tiden från 1935 för den socialhygieniska epoken.[23]

Psykiatrin och psykologin

Inom psykiatrin fortsatte det differentialdiagnostiska arbete som påbörjats i seklets början. Man började mer och mer tala om öppenvård inom barn- och ungdomspsykiatrin från 1920-talet och framåt. Begreppet psykisk hälsovård blev också tillämpat inom det psykiatriska barn och ungdomsområdet.[24] Gustav (Skå) Jonsson blev på 1940-talet den förste heltidsanställde barnpsykiatern i Sverige.

Psykologin fick psykotekniska test som t.ex. Rorschachs bläckplumpar som introducerades i Sverige på 1930-talet. Elchock började användas 1937, liksom andra krampbehandlingar genom injicering av olika ämnen. Gränsen mellan psykiatri och hjärnkirurgi började upplösas, bland annat via psykokirurgin, där en metod var lobotomi.[25]

EEG – mätning av hjärnvågor – introducerades 1929 och blev en framgångsrik diagnosmetod. Ett tjugotal år senare skapades en specifik hjärnscanner s.k. hjärnscint.[26] Inom barnneurologin blev

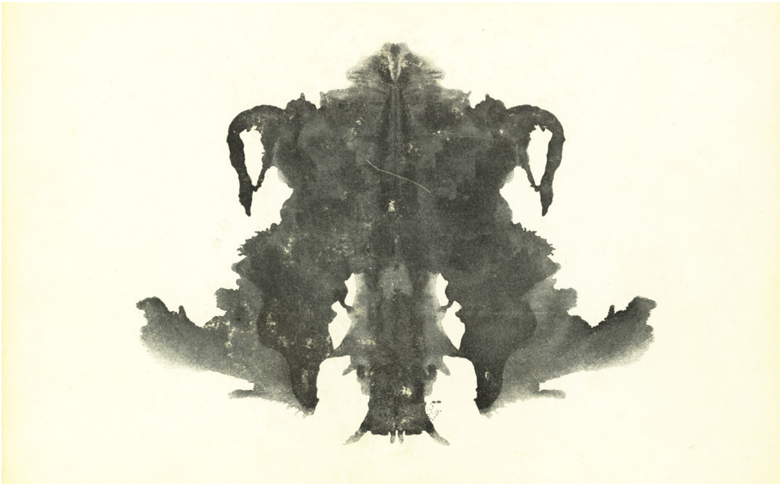


Bild 12. Fjärde bilden i Rorschachs test. https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Inkblot_4.tif?uselang=de. Licens: CC0 1.0 universell

tillstånd som autistisk personlighetsstörning kända vid mitten av 1940-talet.[27]

Effektivare mediciner

1940-talet var på flera sätt framgångsrikt för svensk medicin och farmakologi.[28] Sulfan gjorde entré 1932, vilket medförde bättre behandling för infektionssjukdomar såsom gonorré, och även hjälpte till att förhindra mödradödlighet.

Penicillinet, som framtagits i en enkel form redan 1929, fick inte fullt genomslag förrän den första riktiga behandlingen ägde rum i England 1941. Man hade då framställt tillräckligt mycket penicillin för att kunna göra försök på människor. Det var inte förrän långt senare och i USA som man kunde framställa de mängder som efterfrågades i industriell form. I Sverige kom efter samarbete mellan läkare och ingenjörer ett nytt medel i behandlingen mot tuberkulos. Allmänna vaccinationsprogram mot tuberkulos infördes i Sverige på 1940-talet och ungefär vid samma tid började man undersöka lungor med skärmbild. Under samma tid härjade polio och det ryktades om att Sverige var smittkällan. Tio år tidigare hade man kunnat visa att polio kunde spridas via vatten.[29]

Differentieringen av olika sjukdomar fortsatte och man kunde avföra hudtuberkulos som en form av en tuberkulossjukdom för att i stället definiera den som en cancersjukdom, sarkoidos, även om det kom att dröja tjugo år innan man kommit överens om namnet. Strävandena att få fram bättre cancermediciner gjorde att man fortsatte att utveckla antibakteriella preparat och förfina kemoterapin. I början av 1940-talet prövade man att behandla olika typer av lymf- och blodcancer med cellgifter.[30] Krigen förde också med sig erfarenheter av blodtransfusioner och på 1940-talet inrättades blodlaboratorier i Sverige och därefter blodgivarcentraler.[31]

Kirurgi, narkos och operationsteknik

På kirurgins område ökade specialiseringen inom framförallt lungkirurgin och det vi idag känner som thoraxkirurgi. I Sverige var Clarence Crafoord en av pionjärerna och lyckades 1927, som den andre i världen, att operera en blodpropp i en lunga. Han medverkade också i konstruktionen av en automatisk respirator. Inom neurokirurgin handlade operationerna under senare delen av 1800-talet om epilepsi och borttagande av tumörer. Man utvecklade också i början av det nya seklet möjligheten att använda elektrisk ström som kniv.

Generellt sett utvecklades operationstekniken starkt och möjliggjorde bland annat hantering av njursvikt genom dialysapparater och konstgjorda njurar. En viktig specialitet för kirurgin blev anestesiologin, dvs. narkosspecialiteten, och på 1930-talet var intravenös narkos utbredd praxis. Tidigare hade man givit narkos med dropplavemang eller genom injektion i huden. Den förste narkosöverläkaren i Norden var svensk och kom i tjänst 1945.[32]

Gynekologi och obstetrik blev en egen specialitet, efter att tidigare ha tillhört allmänkirurgin. Mödradödligheten sjönk kraftigt med hjälp av behandling med sulfa och penicillin. Man kämpade också mot havandeskapsförgiftning men hade inget effektivt behandlingssätt förutom att ge lugnande medel. Möjligheten att använda strålbehandling vid gynekologiska tumörsjukdomar gjorde att behovet av kirurgiska ingrepp minskade. I stället kom kirurgin inom området att förfina tekniken för kejsarsnitt, även



Bild 13. Operation med eter, kirurgiska kliniken, Lunds lasarett 1937. Öppet bildarkiv, Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapet (SMHS). Licens: CC BY NC-ND

om det fanns ett standardsnitt som utvecklats 1921 och som användes under hela 1900-talet.[33]

Inom ortopedin förbättrades den kirurgiska tekniken på 1920-talet och för första gången lyckades en Göteborgsläkare fästa en spik i lårbenshalsen; samme läkare utvecklade också metoden för tvådimensionell röntgen. Metoder för att genomföra ledoperationer och insättning av proteser utvecklades också och man provade olika slags material, både organiska och konstgjorda.

Operationer som utfördes under världskrigen bidrog också till utvecklingen av både kirurgi och ortopedi. Redskap för att studera kroppens inre skapades. Laparoskopet, som utvecklats av en svensk läkare, möjliggjorde inspektion av bukhålan. Samme läkare vidareutvecklade cystoskopet för inspektioner av levern och detta kom även att användas inom gynekologin.[34]

Laboratoriespecialiteternas utveckling

Klinisk kemi utvecklades parallellt med en rad andra laboratoriespecialiteter och 1944 framförde Svenska laboratorieläkarföreningen på Karolinska institutet en förfrågan om införande av kliniska kemiska laboratorieundersökningar och kliniska fysiologiska undersökningar som nya specialiteter.

År 1950 kom de första analysautomaterna som möjliggjorde en kraftig ökning i antalet analyser, vilket i sin tur ledde till behov av datorisering, beräkning, lagring, kvalitetskontroll och utskrift av resultat. Genom teknisk utveckling och datorisering kunde man öka antalet analyser med färre blodprover och med oförändrad personalstyrka.[35] År 1960 fanns 8 bakteriologiska laboratorier, och större självständiga centrallaboratorier fanns vid 9 sjukhus. Förutom dessa fanns vid den tiden också laboratorier som var ännu mer specialiserade: 26 klinisk-kemiska, 6 klinisk-fysiologiska, 3 klinisk-neurofysiologiska och ett hormonlaboratorium.[36]

Laboratoriespecialiseringen inom medicinen har varit omstridd. Klinisk fysiologi utvecklades under 1960-talet och förespråkades av kirurger som önskade god diagnostisk service och av andra prekliniker som ville öppna för flera tjänster för unga forskare. Motståndare var internmedicinare som hellre ville utveckla en vertikal specialisering enligt amerikansk modell. Denna modell innebar att läkarna arbetade inom smala kliniska specialiteter och själva hade kontroll över alla nödvändiga diagnostiska tekniker och terapeutiska metoder. Detta var i motsats till den horisontella specialiseringen, där laboratoriespecialiteter och preklinisk forskning utvecklades självständigt.

Den horisontella specialiseringen, dvs. att arbetsuppgifter eller arbetsmoment avgränsas från de övriga, fick stöd av sjukvårdspolitiker och organisatörer för att främja dels ett professionellt handhavande av dyrbar specialutrustning, dels rationell personalfunktion och ökade kontrollmöjligheter.[37]

Specialiteternas generella framväxt

Specialiseringsprocesserna har pågått under lång tid och har till stor del skett i nära anslutning till organiseringen av hälso- och sjukvården. Den rådande principen var ”sortering efter

reparerbarhet”. Utbyggnaden av vårdanstalter, hem och skolor har följt sorteringen av ”problem” efter kropp, mental hälsa och vardagliga behov.

Vid de vård- och undervisningsanstalter som fanns för döva, blinda och vanföra skapades kliniker, som utgjorde en bas för studier av respektive patientgrupp. Detta bidrog till en bättre vård men också till överläkarens meritering inom området. Dessa kartläggningar och verksamhetsavgränsningar kan förstås som ett sätt för samhället att lösa praktiska sociala problem, men i professionsteoretiskt perspektiv kan det ses som lösningar på strider mellan interprofessionella intressen. Yrkesgrupper strävar efter att erövra ett kunskapsområde och detta kan ske genom att manifestera detta fysiskt och materiellt. Till exempel att samla alla klienter eller patienter till en särskild institution vilket, var vanligt i början av 1900-talet. För de patientgrupper som fick särskilda anstalter kunde uppmärksamheten förstås leda till bättre behandlingar. Men helt okontroversiellt var det inte. Företrädare för blindanstalterna reagerade till exempel på att man ville förlägga en anstalt i närheten av Lunds universitet. Man påpekade att anstaltens huvuduppgift inte var att ”tillhandahålla studiematerial åt vetenskapen”.[38] Vanföreanstalterna fungerade i likhet med blindinstituten även som utbildningsinstanser för medicinska yrken, nämligen för blivande ortopeder.[39]

Mellan 1920 och 1940 fördubblades antalet läkare, från 1 600 till 3 200.[40] På 1940-talet hade antalet specialistutbildade läkare stigit till 444. Centrallasaretten och inrättandet av regionsjukhusen i början av 1960-talet, var ett medel att samla så många specialiteter som möjligt under samma tak. Läkarförbundet,[41] som funnits som central facklig organisation från 1903, hade sedan 1915 haft ansvar för att utfärda bevis om specialistkompetens. Detta fortsatte till 1960-talet, då Medicinalstyrelsen övertog ansvaret och därefter fastställde utbildningskraven för ett fyrtiotal specialiteter.[42] Under den föregående perioden hade Läkarförbundet haft ansträngda relationer till staten, något som också kan tolkas som uttryck för interna motsättningar. År 1959 kom så ett förslag på reglering av läkares rätt att praktisera som specialist. Reglerna hade senast fastställts i slutet på 1951 och listan innehöll 25 specialiteter. Vid den tiden krävdes fem års specialisttjänstgöring,

vilket innebar praktiskt sjukhusarbete eftersom de medicinska fakulteterna inte gav någon påbyggnadsutbildning. Med argument om offentlig insyn och myndighetskontroll ville man nu att reglering av grundutbildningen också skulle ställas under samma instans som specialistväsendet, dvs. Medicinalstyrelsen, vilket också genomfördes. Detta sammanföll med den stora sjukkassereformen som genomfördes 1955 och som innebar olika taxor för olika läkarkategorier.[43]

Sammantaget teknologiserades medicinen alltmer under 1900-talet genom diagnosticering via laborationsteknik. Behandling och övervakning skedde allt oftare med apparater och industriellt framtagna mediciner. Teknologiseringen drevs från början i huvudsak av professionens egen kunskapsutveckling och den individuelle läkaren sågs som bärare av integration mellan teori och praktik. Den tekniska utvecklingen bidrog till att skapa en mängd specialiseringar, samtidigt som nya relationer skapades mellan läkare och en industri av forskningsområden för läkemedel, laborationsteknik och teknisk apparatur.

Den vertikala specialiseringsutvecklingen medförde viktiga konsekvenser för läkarens möjligheter att ha kontroll över alla moment i diagnosticeringen. Därmed löpte de risk att deras jurisdiktion skulle försvagas, när nya teknikstödda diagnosmetoder uppstod och kunskapen allt mer bars upp i materialiserad form, genom maskiner och läkemedel, och kollektivt via samarbete mellan olika specialiteter.[44] Detta kan förstås som en form av störningar i det professionella systemet, det Abbott kallar *system disturbances*, som får systemet i obalans.[45] Läkaren var nu i mindre grad en individuell integrationsfaktor för teori och praktik.

Läkarnas professionaliseringssträvanden

Läkares grundutbildning

Fram till 1955 reglerades läkares grundutbildning av 1907 års stadga. En normal studietid för medicine kandidat och medicine licentiat kunde vara 8 år, men i praktiken tog det mycket längre tid beroende på nödvändig assistenttjänstgöring. Med 1955 års ordning förkortades utbildningstiden till 6 ½ år och 1969 avsåg man att reducera tiden ytterligare till 5 ½ år.[46]

Studieordningen i läkarutbildningen innebar preklinisk utbildning i två år, i examensämnena anatomi, histologi, medicinska kemi samt fysiologi. Övriga ämnen var medicinsk statistik, medicinsk genetik, allmän kemi, medicinsk fysik och psykologi. Studierna ledde fram till medicine kandidatexamen. Därefter följde tre studieavdelningar, ledande till medicine licentiat.

1. Det propedeutiska året innehöll kurser i bakteriologi, farmakologi och patologi samt kliniska undersökningsmetoder, klinisk laborationskurs, översiktskurser i medicin och kirurgi, förberedande kurser i socialmedicin och röntgendiagnostik samt demonstrationskurs i sjukvårdsteknik och fysikalisk terapi.
2. Den andra avdelningen avsåg klinisk utbildning i medicin och kirurgi under fem månader samt särskild undervisning som anknöt till dessa kurser. Vidare omfattade avdelningen kurser i dermato-venereologi, klinisk epidemiologi, hygien, oftalmiatrik, otorhinolaryngologi, obstetrik och gynekologi, neurologi, psykiatri, pediatrik och socialmedicin m.m. under minst 16 månader med fri studieordning.
3. Den tredje och sista avdelningen var assistenttjänstgöring i medicin och kirurgi samt i valfritt ämne.

Sammantaget skulle de två sista avdelningarna inte ta mer än 3 ½ år, vilket gav en sammanlagd utbildningstid på 6 ½ år. Konkurrensen om platser på den medicinska grundkursen hade dock hårdnat betydligt vid den här tiden. År 1960 antogs 47 % av de sökande som bedömdes vara kompetenta; tio år tidigare var andelen 60 %. Man kunde iaktta att allt fler skaffade sig högre intagningspoäng via akademiska studier för att öka sina chanser. De vanligaste kompletteringsämnena var sociologi, pedagogik, psykologi och genetik.[47]

Läkares behörighet och specialisering

Kampen för skyddet för läkartiteln, som förlorats i samband med 1915 års lag om behörighet till läkaryrket, återupptogs 1942 i ett förslag från Medicinalstyrelsen samt i samband med en kvacksalveriutredning 1956, men ledde inte till någon förändring. Dock fick man gehör 1960 då två nya lagar trädde i kraft: den ena

reglerade behörighet till läkaryrket och den andra handlade om vissa förbud på hälso- och sjukvårdens område och fick namnet kvacksalverilagen. Den nya lagen om behörighet att utöva läkaryrket trädde i kraft 1961 och innebar att legitimation kan utfärdas till den som inom riket avlagt medicine licentiatexamen samt den som förvärvat utbildning utomlands och genomgått en av Konungen föreskriven efterutbildning.

Om den utländskt utbildade läkaren uppvisar ”framstående skicklighet och särskild klinisk erfarenhet” kunde legitimation utfärdas utan efterutbildning. Kravet på svenskt medborgarskap, som fastslagits i lagen från 1915, slopades nu.[48] I samband med detta försvann också användningen av ordet läkekonst, man talade i stället om läkaryrket, som baserades på vetenskap och beprövad erfarenhet och inte på någon konst. Den nya skiljelinjen gick mellan vetenskap och okunnighet, medan den förra skiljelinjen gick mellan behörig och obehörig läkarverksamhet. Och skyddet av läkar- och doktorstiteln var åter i hamn.[49] En mycket viktig ingrediens i professionens relativa autonomi.

Läkares karriärvägar

Karriärvägarna var långsamma, eftersom det före 1960 års hälso- och sjukvårdslag bara kunde finnas en överläkare per klinik medan resterande tjänster var underläkartjänster. Underläkare kunde få gå 10–15 år innan han kunde få tillträde till en överläkartjänst. De relativt nyinrättade specialiteterna anestesiologi och psykiatri, som var under utbyggnad under 1950-talet erbjöd snabbare karriärvägar.[50] Det fanns dock en särskild anordning via Medicinalstyrelsen som ”förste underläkare tillika biträdande överläkare” som de äldre underläkarna kunde föräras med som personligt förordnande. Men med den nya lagen som kom 1960 blev det möjligt att inrätta biträdande överläkartjänster.[51]

Dock genomfördes en relativt omfattande förändring av läkarutbildningen redan 1969, då medicine licentiatexamen avskaffades och ersattes med läkarexamen. Genom en lagändring 1970 blev det också möjligt att inrätta flera överläkartjänster vid en och samma klinik. Förändringarna beskrivs mer detaljerat i nästa kapitel.

Läkarnas fackliga formering

Svenska Läkartidningen, språkröret för Sveriges läkarförbund, hade startat redan 1903 och utkom från 1904 varje vecka.[52] Under de svåra åren kring 1930-talet upplevde många akademikergrupper svårigheter och 1943 bildades Sveriges yngre akademikers centralorganisation (SYACO), från 1947 Sveriges akademikers centralorganisation (SACO).[53] Men det var egentligen inte förrän ett stycke in på 1940-talet som den fackliga profilen för läkarna blev tydlig.

Läkarförbundet hade dock tidigt, redan 1911, fungerat som remissinstans i kontakter med landsting, städer, Medicinalstyrelsen och Socialstyrelsen. Under 1930-talet ökade antalet remissärenden på grund av regeringens reformarbete kring samhällsfinansierad sjukvård. Efter andra världskriget blev det också vanligare att de fackliga organisationerna, däribland Sveriges läkarförbund, deltog redan i utredningsarbetet.[54] Detta betydde naturligtvis mycket för läkarnas kontroll av yrket och av arbetsmarknaden. Genom sin *avatar*, Medicinalstyrelsen och senare Socialstyrelsen, hade läkarkåren starka relationer till staten.[55]

Debatter om läkarbrist eller överskott har avlöst varandra under hela 1900-talet och har involverat både myndigheter och läkarna själva. Hur man ska tolka brist- eller överskottsdiskussionerna beror på de aktuella omständigheterna: vad som räknas som sjukdom, tillgång på sjukvårdsinrättningar och typ av tillgänglig vård samt definitioner av vad som räknas som läkararbete i relation till annat hälso- och sjukvårdsarbete.

I början av 1900-talet rådde läkaröverskott, enligt läkarna själva, vilket kan härröras till fördubblingen av läkarantalet mellan 1880 och 1900. Läkarna ansåg också att huvudmännen utnyttjade detta förhållande genom att hålla nere löner och andra förmåner och samtidigt inte erbjuda ”riktiga” tjänster utan bara assistentläkartjänster som hade dåliga löne- och arbetsvillkor.

Läkarna framstod här som en homogen kår, talade i detta sammanhang om ett ”läkarproletariat” och motsatte sig läkarimport från andra länder (t.ex. flyktingläkare från Hitlers Tyskland). Överskottsdiskussionen bör dock relateras till en allmän diskussion om akademikeröverskott som fördes under 1930-talet. Debatten svängde om, efter det att Socialdemokraterna kom till

makten på 1930-talet, och det hävdades att det inte fanns någon risk av överproduktion av läkare utan att det tvärtom var läkarbrist. Man hade observerat förhållandet i andra nordiska länder och kunnat konstatera att det producerades alltför få läkare i Sverige jämfört med de andra länderna.

Höjer-utredningen, som rapporterade 1948, föreslog en ökning av intagningen till läkarutbildning från 150 till 400 platser om året, och kritiserade de medicinska fakulteternas begränsning av intagningen. Under hela efterkrigstiden, fram till 1970-talets början, var läkartätheten låg i jämförelse med andra länder, även om början av 1950-talet såg begynnelsen av en kraftig expansion som medförde en mångdubbling av läkartätheten.[56]

Läkaryrkets professionella autonomi utmanas

Läkarnas professionella autonomi och privilegier har utmanats vid ett flertal tillfällen. Den ”Höjerska utredningen” som i slutet på 1940-talet lade fram sitt betänkande, ifrågasatte läkarnas rätt att bedriva privat eller halvprivat verksamhet vid öppna mottagningar. Det försvarades av Läkarförbundet som åberopade läkarnas ställning som fri profession.[57]

Den Höjerska utredningens betänkande innehöll dessutom en rad andra radikala förslag till reglering av den öppna sjukvården vid sjukhusen. All sjukvård skulle erbjudas avgiftsfritt vid tiden för behandlingen. Detta skulle ske genom en utvidgad och samordnad reglering av en hälso- och sjukvårdsorganisation som omfattade folkhälsa, sjukhusvård, förebyggande medicin på individuell basis, samt en ambulerande sjukvård (något som nu skulle äga rum i offentlig regi till skillnad mot tidigare då det var beroende av den enskilde läkarens initiativ). Detta skulle bli den generella linjen i den framtida svenska hälso- och sjukvården.[58]

Konkreta åtgärder föreslogs, läkarnas ”extralön” skulle ersättas med lön från landstinget eftersom sjukhusen skulle ta ansvar för de öppna mottagningarna, en stomplan skulle upprättas för den fortsatta utbyggnaden av all öppenvård, mer resurser till förebyggande vård och vissa ändringar i den allmänna sjukförsäkringen. Man ville decentralisera Medicinalstyrelsens administrativa uppgifter till regionala styrelser, utöka antagningen till de medicinska fakulteterna och ge ökat utrymme i läkarutbildningen för ämnena

psykologi, socialmedicin och sociologi. Nu kom det hela inte vidare till en proposition, troligen på grund av Läkarförbundets starka protester fick gehör.[59]

Sedan tidigare hade Läkarförbundet haft en konfrontationslinje gentemot staten, vilket troligen påverkade deras möjlighet till inflytande.[60] Striden som beskrevs ovan väckte uppmärksamhet och omtalades som ”socialiseringshotet” av läkarna. De principiella frågorna om öppenvården och dess relationer med annan vård samt den långsiktiga planeringen av hela vårdsystemet kom i skymundan på grund av den uppmärksammade debatten.[61]

Höjers idéer dröjde sig kvar och trängde sig långsamt in i utvecklingen, även om det inte blev en proposition av betänkandet. När landstingen tog över provinsialläkarväsendet 1963 kan det ses som exempel på att idéerna fanns kvar. Det genererade kraftigt motstånd från Läkarförbundets och det medförde att de hamnade på total kollisionskurs mot Axel Höjer, som ju var generaldirektör på Medicinalstyrelsen. I förlängningen medförde detta troligtvis att Läkarförbundet inte i framtiden blev en självklar remissinstans. I stället tillfrågades de medicinska fakulteterna som nådde större framgångar i det politiska arbetet än fackförbundet. Relationen till staten förbättrades på 1970-talet då Läkarförbundet var mer samarbetsvilliga till att medverka i hälso- och sjukvårdspolitiken.[62]

Läkarnas självbild som profession

Inom den tidiga fackliga formeringen fram till 1930-talet hade man, som tidigare omnämnts, ägnat en del engagemang åt att skola in de nya läkarna till det rätta beteendet. Kollektiva läkarregler motarbetades tidigt eftersom de enligt läkarna var möjliga att formulera.[63] Först vid mitten av 1940-talet började läkarna utveckla ett självmedvetande som fri profession.

Vid mitten av 1950-talet utvecklades en etik som betonade yrket som ett kall och i mänsklighetens tjänst, vilket var en tillgång för framhävandet av läkarnas autonomi.[64] De svenska läkarna anslöt sig till de internationella etikreglerna. År 1947 bildades World Medical Association och Genèvedeklarationen, en slags moderniserad Hippokrates ed, antogs året därpå. Codex

Ethicus Medicorum Svecorum, den svenska varianten som bestod av 15 paragrafer, antogs 1951.[65]

Det har dock skett en förskjutning, från en individuell läkaretik, grundad i ett hippokratiskt synsätt och relationen mellan läkare och patient, till en kollektiv etik, grundad i kristen syn och omfattande individen och samhället. Myten om att läkarreglerna bygger på den hippokratiska eden är dock seglivad. Den kan leva vidare på grund av kopplingen till Hippokrates förstärker bilden av läkaryrket som ”en uråldrig konst med anor”. På så sätt kan man hävda en ackumulerad kunskapsbas och verksamhet som bygger på etik och altruism. Detta ger en bild av ”läkarens etos”, trovärdigheten som något som präglas av heder och som inte har att göra med formell utbildning.[66]

Bilden av den svenske läkaren har skapats under lång tid genom debatter och ställningstaganden i hur man organiserat yrket. De teman som varit aktuella fram till 1960-talet gällde:

- om läkaryrket ska vara ett kall eller yrke
- om tyngdpunkten i läkarens verksamhet ska ligga på vetenskapliga fakta eller en mer intuitiv läkekonst
- om det är mer analys eller mer syntes som behövs
- om inriktningen bör gå mot ökad specialisering eller en utarbetad helhetssyn
- om det är individualism eller kollektivt tänkande som bör råda i olika avseenden
- om det är läkarens privata eller samhälleliga verksamhet som bör dominera vården
- var gränsen ska gå mellan läkaren och kvacksalvaren, dvs. mellan den äkta och den falske läkaren
- vad som utgör eller borde utgöra läkarens etos.[67]

Läkares trovärdighet har således förhandlats inom läkarkåren. Skillnader mellan den yngre och den äldre generationen läkare, mellan svenska och utländska läkare, mellan stadsläkarna och landsortsläkarna samt mellan specialisten, generalisten och hygienikern kan iakttas och som tar sig uttryck i olika identiteter, intressen och ideal. Eklöf rapporterar även skillnader mellan den

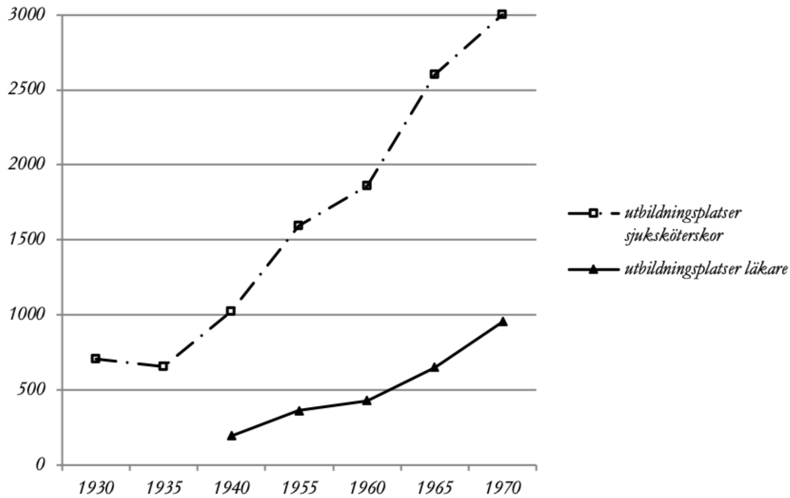
manlige läkaren av börd med ”internaliserad manlig hederskodex” och den kvinnliga läkaren av annat ursprung. Dock framhävs den ideala bilden av en enskild läkare som drivs av kärlek till människor och en obruten vilja att arbeta för de sjuka. Denna bild representerar hela läkarkåren. En kollektivt framträdande läkarkår som dessutom splittras i sin heterogenitet är då en klar nackdel i ”imagehänseende”. De etiska reglerna fyllde en ideologisk och retorisk funktion. Men det finns ytterligare koppling till hur läkaren ofta framställs som ledare och som självständig i sitt yrkesutövande, men då kopplat till en ämbetsmannaetik.[68] Den svenska ämbetsmannens etiska reglering, som ju Medicinarkollegiet skolats in igenom ämbetsmannaederna, har troligen bidragit till att nära myten om att ”läkaren äger kraft att själv agera utifrån sitt ämbete, fri från politik och egenintresse”.[69]

Sjuksköterskornas utbildning och professionaliseringssträvanden

Sjuksköterskeutbildningen

Sjuksköterskornas professionaliseringssträvanden hade hittills varit framgångsrika, i varje fall gällande en del av kåren. Kring 1920 hade det skapats en elit bland sjuksköterskorna och man hade avgränsat sig mycket kraftigt nedåt i hierarkin mot sjukvårdsbiträdena. Denna elit hade visat att de kunde utöva kontroll över sjuksköterskeutbildningen och kontroll över arbetsmarknaden. Till framgångarna hörde bland annat en förlängning av utbildningen till ett minimum av 2 år och ett erkännande att sjukskötersketiteln var bestämd och ämnad för dem som genomgått av staten godkänd sjuksköterskeskola. Vid samma tid inrättades också en särskild inspektris vid Medicinalstyrelsen som fick ansvar för sjuksköterskeväsendet och inspektioner. Detta betydde att sjuksköterskorna fick en starkare koppling till staten.

Förlängningen av utbildningen 1919, och nya krav på godkännande av sjuksköterskeskolor, ledde till en minskning av antalet sjuksköterskeskolor, från 57 år 1914 till 19 godkända sjuksköterskeskolor 1923.[70] Figur 3 visar utbyggnaden av sjuksköterskeutbildningen i termer av antal utbildningsplatser för sjuksköterskor i jämförelse med antal utbildningsplatser för läkare.[71]



Figur 3. Antal utbildningsplatser för sjuksköterskor och läkare 1930–1970.

Utvecklingen av sjuksköterskornas utbildningsplatser uppvisar en brant kurva från 1935 och ytterligare en brant stigning efter 1960, vilket kan härröras till en ökande brist på sjuksköterskor. Efterkrigstidens högkonjunktur bidrog sannolikt till den snabba utbyggnaden av hälso- och sjukvården generellt, inklusive utbildningarna inom området, även om den senare kom att påverkas av en konjunkturnedgång i början 1970-talet.[72]

Redan på 1930-talet började man från statligt håll att diskutera rationaliseringar och effektivitet inom vården. Så småningom ledde detta till att teoretiska och planerande uppgifter skiljdes från de manuella och utförande arbetsuppgifterna, och andelen hjälppersonal ökade vid 1960-talets slut.[73] Den tekniska utvecklingen medförde att sjuksköterskorna alltmer kom att arbeta med medicinsk-teknisk apparatur och i administration.

I takt med sjukvårdens utbyggnad kom det att bli brist på sjuksköterskor. Den Thapperska utredningen, som var en i raden av utredningar som rörde hälso- och sjukvårdens organisation, lade fram sitt betänkande 1962, med förslag på hur man skulle lösa sjuksköterskebristen. Man öppnade för snabbutbildning av undersköterskor till sjuksköterskor, och nya yrkesgrupper som medicinsk-tekniska assistenter skapades, vilka skulle ersätta



Bild 14. Medicindispensering. Foto från mitten av 1900-talet. Öppet bildarkiv, Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapet (SMHS). Licens: CC BY NC-ND

sjuksköterskor på röntgen- och operationsavdelningar.[74] Därmed fördes sjuksköterskorna längre från patienten, deras underställda stab ökade i antal och med detta ökade också deras administrativa ansvar.

Utbildningen reformerades vid mitten av 1960-talet: utbildningstiden förkortades med sex veckor och delades in i en grundutbildning och en vidareutbildning som följde åtta medicinska specialiteter. Provelevstiden, som krävdes före antagning, avskaffades och minimiåldern sänktes från 19 till 18 år. Innehållet koncentrerades kring tre funktioner, omvårdnad, medicinsk vård och rehabilitering, alla med lika stor tyngd, medan balansen mellan teori och praktik försköts mot en ökande andel teori.[75]

Ideologiskt arbete och demarkation som professionaliseringsstrategi

Sjuksköterskornas strategi har klara paralleller med medicinarnas professionaliseringssträvanden som pågått sedan slutet av

1600-talet, då medicinarkollegiet Collegium medicum fick ansvar för tillsyn över sjukvårdsområdet samt för att utarbeta medicinalförordningar.[76] Sjuksköterskorna fick ju en särskild inspektris i Medicinalstyrelsen.[77]

På samma sätt som gränser drogs upp för vad en riktig läkare var, dvs. den teoretiskt utbildade läkaren, drog sjuksköterskorna en linje mellan de som skolats teoretiskt och de som inte hade det. Det framstår som om elitsjuksköterskorna, som ju utbildats av läkare, givits en legitim plats bredvid läkaren som assistent, med en inträdesbiljett i form av teoretisk skolning. Det gör att de själva också erkänner den ordningen som naturlig och agerar därefter, varvid de enbart erkänner sjuksköterskor med teoretisk utbildning.

En skillnad mot medicinarnas strategier var att sjuksköterskorna inte hade på sin dagordning att bekämpa kvacksalveri inom den öppna vården. Men liksom läkarna såg de till att skaffa sig en hierarkisk relation till andra närliggande yrken. Sjuksköterskorna kunde inte klara sig utan det stora antalet sjukvårdsbiträden och sjukvakterskor, eftersom sjukvården i mångt och mycket vilade på deras praktiska insats i arbetet. Sjuksköterskorna skulle däremot leda dem. Än en gång finns en parallell till läkarna, nu avseende de teoretiska medicinarnas behov av de hantverkskunniga kirurgerna, vilka inordnades under den teoretiska medicinen.[78]

Vid utarbetandet av professionsideologin och utmejslingen av professionens karaktär hade man tidigt skapat en bild av sjuksköterskan som ansvarstagande. Hon var också självdisciplinerad, ansvarig för hygien och ordning i sjukvården, underordnad i sin funktion som assistent till läkaren, men överordnad sjukvårdsbiträdet. Världsliga ting som löner och arbetstider var sådant som sjuksköterskan inte brydde sig om och därför inte behövde strida för i fackliga sammanhang. Detta synsätt och resonemang kan för övrigt också hittas hos läkarna under samma period.[79]

På 1920-talet hade elitorganisationen Svensk sjuksköterskeförening (SSF) motsatt sig reglering av arbetstider för all kvinnlig sjukvårdspersonal med argument om professionens och arbetsuppgifternas särart, vilket medförde att den kvinnliga sjukvårdspersonalen, inklusive sjukvårdsbiträdena, undantogs från lagen om åtta timmars arbetsdag. Arbetstidsfrågan var något som

sjukvårdsbiträdenas organisation Svenska sjukhuspersonalförbundet (SSPF) kom att strida för under lång tid, alltjämt under moteld från SSF som hade en riksdagsledamot i leden. Det kom att dröja till 1939 innan detta fick en lösning och kollektivavtal blev möjliga. Samma år startades den första statliga sjuksköterskeskolan.[80]

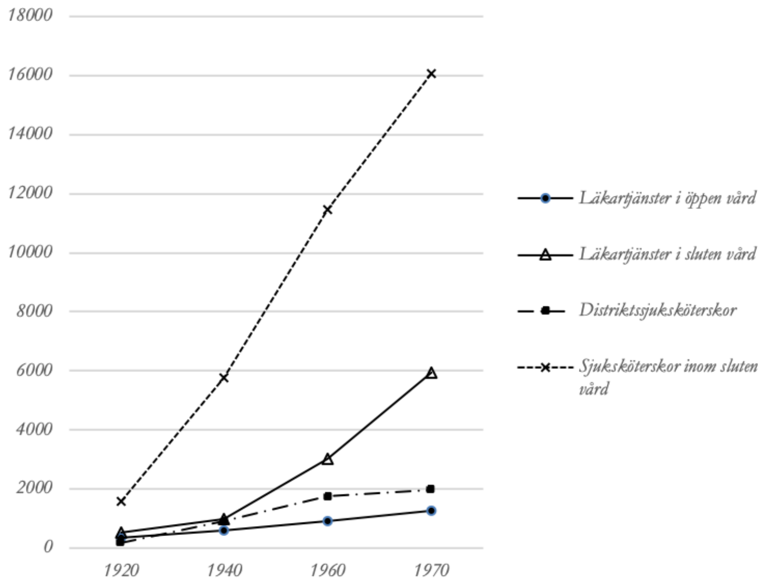
Vidareutbildning och extrautbildning sköttes av Svensk sjuksköterskeförening, som fick statsanslag för detta, men inte förrän 1958 tog staten över.[81] Legitimeringen, som stramades upp 1958, var ett viktigt steg för den ytterligare avgränsningen av professionen. Då kom nya bestämmelser som föreskrev att bara den som genomgått statlig eller av staten godkänd skola med godkända betyg fick kalla sig legitimerad sjuksköterska. Året därpå kom ytterligare skärpning då i fortsättningen endast legitimerade sjuksköterskor fick rekryteras och anställas.

Det sekulariserade sjuksköterskeyrket började således ta form vid 1800-talets mitt, medan yrkets definitiva etablering kan dateras till tiden kring 1920. De viktigaste faktorerna bakom sjuksköterskornas professionalisering var två: utbyggnaden av lasaretten, som ju per definition var sjuksköterskornas arbetsområde, och den logik som låg bakom utbyggnaden, dvs. en akutvårdsmodell. Samtidigt var sjuksköterskornas borgerliga bakgrund grundad i ordning och disciplin, tillsammans med teoretiska kunskaper om renlighet och hygien, det som sjukvården behövde. De fyllde en lucka mellan läkarna och biträdespersonalen.

En jämförande översikt över tjänsteutvecklingen inom öppenvården och slutenvården kan ses i figur 4, där en fortsatt kraftig expansion av tjänsterna inom den slutna vården kan observeras.

Distriktssköterskorna hade en något brantare utvecklingskurva mellan 1920 och 1960 men den planade sedan ut.[83] Det var framförallt sjukskötersketjänster inom den slutna kroppsvården som ökade mest under den aktuella perioden och därefter läkartjänster inom sluten kroppsvård. Läkartjänsterna inom den öppna vården har en betydligt planare utvecklingskurva.

Kring 1950 lanserades genom ordföranden i Svensk sjuksköterskeförening en skrift om de amerikanska sjuksköterskornas situation, vilken kom att påverka idéutvecklingen rörande svensk sjukvård inom sjuksköterskekåren. Tankegodset var i korthet att hjälppersonalens ställning och roll skulle accepteras, samt att



Figur 4. Översikt av utvecklingen inom öppenvård och slutenvård, antal tjänster.[82]

det var nödvändigt att höja yrkets status genom en utbildning som var både allmänbildande och yrkesbetonad, en undervisning vid *högre* sjuksköterskeskolor. Här kan idén om den administrerande, arbetsledande och forskande sjuksköterskan framskymta. I skriften beskrevs ödesfrågan vara att formulera yrket och dess specifika innehåll och på så sätt visa det som klart avgränsat. Vägen dit skulle gå genom ett ”yrkesbetonat forskningsarbete och författarskap, vilket av somliga universitet betraktas som villkoret för att kunna bli upptaget i den högre utbildningens brödraskap”. Detta kommer att infrias, men långt senare, och vi återkommer till det i nästa kapitel.

Laboratoriebiträdenas formering

För laboratoriebiträdenas formering var laboratoriernas utbyggnadstakt och storlek av avgörande betydelse. Utbyggnaden av lasaretten innebar ökade möjligheter att bygga ut sjukvårdslaboratorierna.[84]



Bild 15. En grupp biträden rengör objektglas, mitten av 1900-talet.

I takt med den snabba utbyggnaden av laboratorieverksamheten blev det ohållbart att läkare själva skulle göra laborationerna som ofta var tidsödande. Tekniken utvecklade även möjligheterna för fler olika slags undersökningar av medicinska och kemiska processer. Ämnesföreträdare fick med andra ord mer att göra då resultaten skulle analyseras och bearbetas, vilket bidrog till att de kämpade för att kunna få medel att avlöna laboratoriebiträden. Så småningom blev laboratoriearbetet mer och mer beroende av laboratorieassistenter. Efter 1947 kom laborationsbiträde att beteckna yrket och titeln ”första laborationsbiträde” signalerade att man hade arbetsledande och självständigt arbete. Benämningen tekniska biträden reserverades för mindre kvalificerade arbeten.[85]

Som nämnts tidigare, i redogörelsen för laboratorieassistenternas pionjärtid, var deras tjänster helt beroende av externa medel i form av donationer och fondmedel. Inte förrän de statliga laboratorierna inrättades blev fasta tjänster tillgängliga. Den experimentella forskningens finansiering var således beroende av extern finansiering. Statens ökade intresse för tillsättningen av fler professorer vid universiteten resulterade indirekt i ekonomiskt stöd för forskningen vid universiteten. Överlåtandet av de tekniskt laborativa arbetsuppgifterna till laboratoriebiträden bidrog till en

produktionshöjning inom såväl det vetenskapliga arbetet som framställandet av undervisningsmaterial. Laboratorieassistenterna utgjorde ett verktyg för forskningen. Denna arbetsdelning konsoliderades genom inrättandet av statliga laboratorieassistenttjänster och antalet tjänster för laboratoriebiträden ökade kraftigt under 1930-talet. Vid 1930-talets slut fanns fasta tjänster för laboratorieassistenter vid 13 statliga institutioner (se tabell 2).[86]

Inte förrän på 1940-talet bildades yrkesföreningar för denna grupp, men dessa hade mycket liten möjlighet att påverka arbetsmarknad och utbildningsfrågor. Dock hade arbetsuppgifterna en självständig prägel i det att en ämnesföreträdare beställde preparat, men laboratorieassistenten skulle på egen hand och under eget ansvar framställa det som efterfrågades.

När det gällde anspråk på högre lön och bättre arbetsvillkor var laboratorieassistenten dock hänvisad till sin överordnade för bistånd i argumentationen.[87] Ett stort steg togs 1942, då två yrkesföreningar tillkom: Svenska preparatrisföreningen (SPF), vars medlemmar arbetade med histologiska, anatomiska och patologiska preparationsarbeten, och Svenska laboratrisföreningen (SLsF), vars medlemmar arbetade med kemiska, bakteriologiska

Tabell 2. Statliga institutioner med fasta tjänster för laboratorieassistenter vid slutet av 1930-talet.

Statens bakteriologiska laboratorium
Statens farmaceutiska laboratorium
Statens institut för folkhälsan
Kontrollstyrelsen
Uppsala universitet
Lunds universitet
Karolinska sjukhuset (tidigare Serafimerlasarettet)
Tandläkarinstitutet
Statens veterinärbakteriologiska anstalt
Statens centrala frökontrollanstalt
Statens skogsförsöksanstalt
Statens provningsanstalt

och fysiologiska laborationer. Båda engagerade sig i utbildningsfrågan och arbetade för ett erkännande av deras yrke och högre lön. Inträdeskraven var att man skulle ha utbildning vid minst två laboratorier.

Den första utbildningen ansvarade de två yrkesföreningarna för. Utbildningen fick statligt bidrag 1947 och tre inriktningar skapades: histopatologi, medicinsk-klinisk kemi och bakteriologi. Tio år senare blev utbildningen statlig och undervisning startade i Göteborg 1957, Lund och Uppsala 1958, Stockholm 1959 och Malmö 1959. Detta följdes senare av vidare utbyggnad.

Det första året kallades för laborantskola medan andra året möjliggjorde specialisering i klinisk kemi, patologi och mikrobiologi. År 1962 tillkom specialiseringar i klinisk fysiologi och allmän kemi.[88] Från och med 1961 gick de två föreningarna upp i en, som tre år senare bytte namn till Svenska laboratorieassistentföreningen (SLF). I samband med organiseringen 1942 bestämde man sig för att titlarna skulle vara preparatris och laboratris, vilket också var en demarkation, dels av det kvalificerade arbetet, dels mot andra tjänstekategorier som arbetade i laboratorier men inte hade lika lång utbildning. 1962 blev tjänstetiteln laborationsassistent.

Gemensamt för den tidiga formeringen hos både läkarna, hos sjuksköterskor och laboratorieassistenter var att deras mobilisering drevs av en elit, som strävade efter att skapa trovärdighet kring sin profession för att få jurisdiktion på den publika arenan.[89] Därmed blev det också viktigt att skapa och upprätthålla en gräns nedåt genom att betona att professionens arbete inte handlade om ett simpelt lönearbete utan vilade på en högre etik och moral. Därför var underordnade tjänstekategorier en viktig markör för att särskilja och reservera ett högt värderat arbete till de överordnade.

Konklusion – Understödjande paradoxala processer

Genom parallella och paradoxala processer skapades en rad konsekvenser för det professionella medicinska fältet.

Å ena sidan kan man observera den kraftiga expansionen av hälso- och sjukvårdsystemet och av en rad yrken inom hälso- och

sjukvården, samtidigt som rationaliseringsrörelsen fick inflytande över dess styrning, bl.a. genom åtgärder i syfte att optimera hälso- och sjukvårdssystemet.

Å andra sidan sker en uniformerande och amalgamerande process genom yrkenas professionalisering, dvs. skapandet av ett enda yrke, en enhetlig utbildning och facklig mobilisering i ett enda fackförbund. Ur ett professionsteoretiskt perspektiv är amalgamering (sammansmältning) en kognitiv professionaliseringsstrategi som gör det möjligt att utvidga jurisdiktioner genom att maximera abstraktionsnivån.[90] Genom att samla diverse praktiker under samma beteckning åstadkommer man en vision av enhet. Heterogeniteten i praktikerna utgör samtidigt också en grundbetingelse för intern differentiering, dvs. specialisering.[91]

Trycket av expansionen och av den samtidiga optimeringen av vissa av hälso- och sjukvårdens funktioner och uppgiftsområden förstärker läkarnas och även sjuksköterskornas jurisdiktion. Dessa två jurisdiktioner befinner sig i ett hierarkiskt förhållande som också innebär ett slags ömsesidigt beroende. Samtidigt sker uniformerande processer i form av sammanslagningar av utbildningar och yrkeskårer, vilket underlättar erkännandet av dessa yrken på den publika och legala nivån. Nedan sammanfattas denna utveckling.

Expansion och rationalisering

I expansionsprocessen har det funnits ett antal kvantitativa språng. Utbyggnaden av lasarett accelererade efter 1860-talet samtidigt som en måttlig ökning av antalet läkartjänster skedde. Tidigare i kapitlet kunde statistik visa expansionen (se Figur 2 och 4). Efter sekelskiftet 1900 blir kurvan för tjänster allt brantare, men det var framförallt mellan 1920 och 1940 som antalet vårdplatser ökade kraftigt, inte minst på grund av ökningen av vårdplatser inom sinnessjukvården. Efter 1940 hade sjuksköterskorna sin stora expansionsperiod och kurvan för deras tjänsteutveckling följer tätt på ökningen av antalet vårdplatser. Läkartjänsterna följer en något mindre brant kurva, men även denna blir brantare från år 1940 (se Figur 4). Detta kan ses som ett andra kvantitativt språng.

Efterkrigstiden innebar en konjunkturuppgång och en välfärdspolitik som medförde en rad förstärkningar av trygghet och hälsa.

Dessa förstärkningar innebar billigare och mer lättillgänglig sjukvård samtidigt som antalet vårdplatser sköt i höjden. De resurser som tillfördes hälso- och sjukvården innebar en förstärkning av redan befintliga strukturer, dvs. kroppsmedicinen och dess nyckelyrken.

Att slutenvården och kroppsvården förstärktes i sin dominans avspeglades också i tillsynen för öppenvård och förebyggande vård, dvs. den sociala delen av hälsan. Denna gren av medicinen fick inte en egen tillsynsmyndighet utan tillsynen inordnades under Medicinalstyrelsen. Till saken hör även att många folkhälsofrågor kom att tas om hand av arbetsmarknadens parter, t.ex. olycksfall och arbetssjukdomar i det s.k. arbetsskyddet, som blev en av kärnfrågorna i den svenska modellen.[92] Akutvårdsmodellen förstärktes, vilket kan belysas genom den effektivitetsökning som skedde och som avspeglas i antal vårddagar totalt i relation till medelvårdtiden per patient, vilken var stadigt sjunkande (se Figur 2).

Reproduktionen av de befintliga strukturerna inom det medicinska fältet innebar också att arbetsdelningen efter kön och klass konsoliderades. De yrken som legitimt tagit befälet över och inom hälso- och sjukvården förstärktes. Rationaliseringsrörelsen arbetade inom strukturerna, vilket innebar en ytterligare förstärkning av elitskikten inom läkarkåren och sjuksköterskekåren och medförde möjligheter att applicera uteständningsstrategier nedåt i hierarkierna. Detta var tydligast hos sjuksköterskorna, då andelen underordnade yrkesgrupper ökades. Sociala och kulturella legitimeringsprocesser fortsatte inom sjuksköterskekåren genom utmejslandet av en professionsideologi, där sjuksköterskans uppgift skulle avgränsas och revirmärkas gentemot läkarna i termer av tekniska och administrativa ansvarsfulla arbetsuppgifter och mot de underställda undersköterskorna och vårdbiträdena i termer av ledaruppdraget.

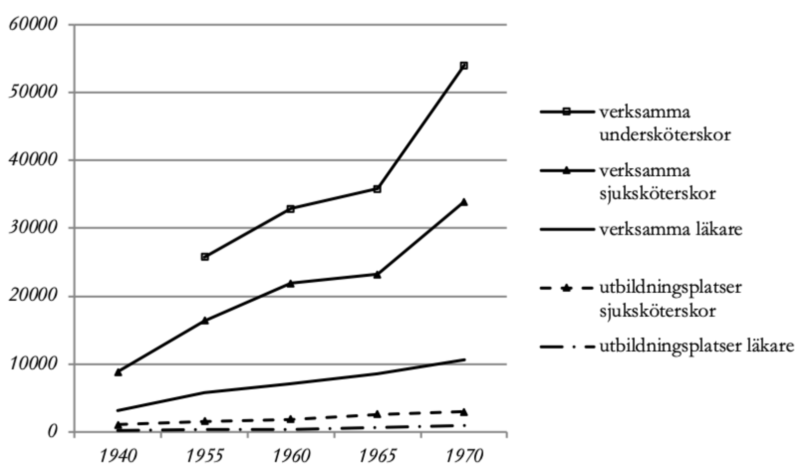
Professionalismens höjdpunkt

På 1960-talet sker en kulminering av ett antal paradoxala processer inom hälso- och sjukvården liksom av processer inom läkares och sjuksköterskors professionaliseringsprojekt.

Den kraftiga utbyggnaden av vårdplatser, kombinerad med rationalisering och effektivisering, är en sådan process. Utbildningsplatserna räckte inte till att fylla vakanser från pensionsavgångar och relationen mellan antalet verksamma sjuksköterskor och det antal som årligen utbildades var otillfredsställande (Figur 5).[93]

Detta var tydligast hos sjuksköterskorna, men även hos läkarna, vilket ledde till brist i båda dessa yrken, något som utnyttjades i de fackliga leden och bidrog till att utbildningsfrågor blev viktiga. En lösning som gynnade både rationaliseringssträvandena och de professionella intressena blev bland annat en satsning på att öka antalet undersköterskor och vårdbiträden samt införandet av en strikt kontrollerad fördelning av arbetsuppgifter liknande den *scientific management* modell som utvecklades av F. W. Taylor.

Läkarprofessionen kan generellt sägas haft en god jordmån mellan 1940- och 1960-tal med en kulminering på 1960-talet. Detta berodde på en period med stark tillväxt i antal läkare, de vetenskapliga framstegens omsättning i klinisk praktik och en gynnsam socialpolitik. Det är vid denna tidpunkt som läkarna kommit så nära idealtypen *professionalism* man kan komma i en svensk medicinsk kontext. Freidson, som studerat den amerikanska



Figur 5. Förhållandet mellan antal verksamma sjuksköterskor, läkare och undersköterskor och antalet utbildningsplatser.

medicinen, talar om denna period som *the Golden Age*, vilket inspirerat mig att benämna den svenska motsvarigheten ”de gyllene åren”. Efter denna period har tilltron till professioner, politik och institutioner generellt minskat, i USA men även här.[94]

Men även om läkarkårens autonomi utmanats emellanåt (t.ex. genom Höjer-utredningen 1948) så har man klarat av att värna sin legitimitet och till viss del sin autonomi. Det vill säga att läkarkåren kunde kontrollera rekryteringen till yrket och utbildningen, men till följd av en horisontell specialisering, där t.ex. laboratoriemedicinen utvecklas som egen specialitet, fick läkarna minskad möjlighet att själva ha kontroll över alla moment i diagnosticeringen.[95]

Läkarförbundet, som under denna period kom att växa sig starkt, hade haft kontroll över specialiseringsordningen och utfärdande av läkares specialistbevis, men förlorade denna till Medicinalstyrelsen vid slutet av 1960-talet. Därigenom kom läkarkåren, som tidigare kunnat välja specialitet fritt, att tappa kontrollen över karriärvägarna efter grundutbildningen, då den nya ordningen innebar att staten via Medicinalstyrelsen styrde in läkares specialiseringstjänstgöring till bristområden.

Samtidigt skedde en förändring i Läkarförbundets möjligheter att få gehör för sina inlägg i remisser, bl.a. genom en förändring av principerna för rekrytering av experter till statliga utredningar inom hälso- och sjukvårdens område. Det hade tidigare varit vanligt att riksdagsledamöter från samtliga partier ingick i kommittéerna, men deras medverkan avtog efter 1957. En sådan bred parlamentarisk uppslutning fanns bara i utredningarna om tandvården och vård för äldre. Ett fåtal socialdemokrater var med i utredningar som rörde organisatoriska frågor och mentalvården. Efter 1957 kom kommittéernas sammansättning att bygga på rekrytering från t.ex. Medicinalstyrelsen, Socialstyrelsen, nationella organisationer och professionella organisationer, det vill säga en ökning av ad hoc utredningar och en minskning av parlamentariska utredningar, samt en ökning av antalet intressenter och byråkratiska representanter och minskning av antalet politiska representanter. Företrädare för de medicinska fakulteterna hade starkt inflytande, till skillnad mot de fackliga och professionella organisationerna, vars åsikter sällan respekterades.[96] Man

kan alltså se ett ökat inflytande från de akademiska institutionerna och de yrkesföreträdare som fanns där, samt från statsbyråkratiska intressen snarare än partipolitiska.

Specialiserings- och professionaliseringsprocesser

Regionvården innebar en institutionell förstärkning för specialiteterna, ökade läkarnas meriteringsmöjligheter och var därmed också en viktig faktor för den medicinska specialiseringens fortsatta utveckling.

Medicinens allt större differentiering i olika specialiteter kompletteras under den här perioden med en horisontell specialiseringsordning, som innebär att man satsat på utvecklingen av laboratoriespecialiteter, s.k. pre-kliniska specialiteter, till skillnad från en vertikal specialisering som skulle byggas kring smalare kliniska specialiteter och där läkaren har kontroll över alla moment i diagnosticering och behandling.

Läkaren som individuell integrationsfaktor för teori och praktik blev utmanad av den nya horisontella specialiseringsordningen. Laboratoriebiträdena fyllde en viktig funktion i utvecklingen av laboratoriespecialiteterna och den rådande horisontella specialiseringsordningen. Under den här tiden mobiliserade de sig fackligt, men fungerade stort sett som assistenter till laboratoriespecialisterna och som medel till höjd effektivitet i diagnosticeringsarbetet på sjukhusens laboratorier.

Specialiseringsprocessen är väl annars den som rör läkarna mest och som i mötet med professionaliseringsprocessen ger intressanta effekter. Som nämnts tidigare bärs läkares professionalisering å ena sidan upp av en mytbildning omkring existensen av en enda läkarkår, ett enda uppgiftsfält – läkekonsten, ett enda huvudämnes vetenskapliga framgång – medicinen, samt en enda huvudfigur – den kliniska läkaren med sitt specifika etos, som integrerar teori och praktik. Detta är ett resultat av *image-making*, dvs. skapandet av en kulturell artefakt som ett led i strävan att övertyga såväl allmänheten som staten om professionens anspråk på en viss jurisdiktion.[97] Å andra sidan medför den ökade specialiseringen inom medicinen betingelser för uppkomsten av nya slags läkarkårer, tydligast exemplifierade av mikrobiologer, patologer och medicinska kemister som ökar i antal i laboratoriespecialiteterna

och som följer en horisontell specialiseringsordning. Den interna differentieringen kan generera vad Abbott kallar inre systemstörningar, *system disturbances*.[98]

Specialisering är något gemensamt för samtliga professioner i denna bok. Även om den äger rum vid olika tidpunkter och på olika sätt, gäller frågan hur en ökad intern differentiering framgent påverkar professionerna. Detta är dock ännu inte en aspekt som jag analyserat, utan bara snuddat vid, men som framstår som intressant för vidare forskningsuppgifter.

Noter kapitel 4

1. I Carlhed 2007 har ett avsnitt om socialpolitik och konkretisering av den framväxande välfärdsstaten utvecklats. Resonemangen i föreliggande avsnitt är hämtade från det ovan nämnda. En viktig källa är Åmark 2005, s. 61–67, 125–127.

2. Olsson 1993, s. 116.

3. Förhammar och Nelson 2004, s. 21.

4. Åmark 1990, s. 35–36. Valet vanns 1932 och Socialdemokraterna tog regeringsmakten.

5. Åmark 2005, s. 161.

6. Ibid., s. 226, 256–263.

7. Se vidare avsnittet ”Sjuksköterskornas utbildning och professionaliseringssträvanden”.

8. Bergstrand 1963, s. 149, 120ff. Fängelseläkare inräknades i den öppna vården. En särskild instruktion för fängelseläkare arbetades fram 1860 och omarbetades 1923, vilken därefter även innefattade sinnesundersökningar. 1945 hade denna uppgift övertagits av fångvårdens sinnessjukavdelningar. 1960 var fängelseläkaruppdraget huvudsakligen en bisyssla för provinsialläkarna. Sjukvård fanns även inom försvaret, rättsapparaten och senare inom den framväxande industrin. 1946 bildades försvarets sjukvårdsstyrelse som ansvarade för förvaltningsärenden; tillsynsansvaret låg fortfarande kvar på de olika försvarsgrenarna (armén, marinen och flygvapnet). I takt med industriföretagens snabba utveckling växte behoven av en övervakning av de anställdas hälsa och tillgång till läkare vid sjukdom eller

olycksfall. Den första industriläkaren anställdes 1946 i Västerås vid ASEA. Bergstrand 1963, s. 150–154.

9. Abbott 1988, s. 108.

10. Gustafsson 1987, s. 360ff. Se även fördjupat resonemang i Carlhed 2007.

11. Ibid., s. 397, 400–407. Utredningarna var SOU 1951:17 samt SOU 1955:12. Hela hälso- och sjukvårdens organisation hade utretts genom Regionvårdsberedningen 1958 och den centrala hälso- och socialvårdsadministrationen utreddes 1965. Se t.ex., SOU 1963:21, SOU 1962:4; SOU 1958:15, SOU 1958:26, SOU 1958:38; SOU 1956:1, SOU 1956:27, SOU 1955:52.

12. Bergman 1963, s. 364–375.

13. Bergstrand 1963, s. 131–136, 146ff. Gustafsson 1987, s. 356, skriver att psykiatri blev egen disciplin 1860, Bergstrand anger 1858 som tidpunkt för inrättandet av professuren i Uppsala. För 1858 års stadga om hospitalen se Kock 1963, s. 147.

14. Einarsdottir 1997.

15. Gustafsson 1987, s. 366–367; SCB *SOS Allmän hälso- och sjukvård* 1970, s. 45; SOU 1958:26.

16. Dvs. överläkare, biträdande överläkare, underläkare och extra läkare.

17. Bergstrand 1963, s. 149.

18. SCB *SOS Allmän hälso- och sjukvård* 1970, 1960, 1950, 1940, 1920, 1911; *Statistisk årsbok för Sverige* 1970, 1960, 1950, 1948, 1925, 1919. Antal vårdplatser inom psykiatrisk vård år 1900 representeras av 1911 års statistik och uppgifterna för 1920 representeras av 1922 års statistik.

19. *Läkartidningen*, nr 35, 2002, bd 99, s. 3383; *Läkartidningen*, nr 1–2, 2009, bd 106, s. 55; SOU 1961:8 *Om läkarbehov och läkartillgång*. Som medicinskt sakkunniga deltog professorn och hjärtläkaren Gunnar Biörck, professorn i anatomi Bo Rexed och medicine licentiaten Bo Hjern som senare blev kirurg.

20. Eriksson och Qvarsell 2000, s. 10–15.

21. Se även Johnsson och Svensson 2019, 2013.

22. Janlert 2009, s. 404.

23. Stolt 1997, s. 194–198.

24. Ibid., s. 194.

25. Ibid., s. 191.

26. Ibid., s. 193.

27. Se även Johnsson och Svensson 2019, 2013.

28. Stolt 1997, s. 186.

29. Ibid., s. 201–205.

30. Ibid., s. 212.

31. Ibid., s. 205–208.

32. Ibid., s. 212.

33. Ibid., s. 212ff. Öron-näsa-hals blev egen specialitet under samma tid.

34. Ibid., s. 209–212. Hans Christian Jacobaeus hette läkaren.

35. Grönwall, Hellsin och Lehmann 1983, s. 90.

36. Bergstrand 1963, s. 144.

37. Areskog och Ström 1983, s. 84.

38. Bengtsson 2004, s. 79.

39. Se fördjupat resonemang i Carlhed 2007, s. 92.

40. Schöldström 2003, s. 28–29.

41. Sveriges läkarförbund – i texten benämns det genomgående Läkarförbundet.

42. Schöldström 2003, s. 20, 31.

43. Einarsdottir 1997, s. 77–79.

44. Bejerot och Hasselbladh 2003, s. 110–111, 107.

45. Abbott 1988, s. 117.

46. Svensson 1980, s. 72. Se även fördjupat resonemang i Carlhed 2007, s. 123ff om läkarnas professionaliseringssträvanden.

47. SOU 1961:8, s. 12–16.

48. Ibid., s. 16–17.

49. Eklöf 1998, s. 159–161.

50. Anestesiologi och psykiatri fick helt olika utvecklingsvolymer, framför allt i jämförelse med barn- och ungdomspsykiatrin, vilket i sig skapade en hierarki mellan dessa två specialiteter. Väsentligt var att Kirurgföreningen fungerat som ”pressure group” för anestesiologerna; någon sådan har inte barn och ungdomspsykiatrin haft. Carlhed 2007, s. 204; *Läkartidningen*, 1966, nr 37, s. 3422–3424.

51. SYLF 1986, s. 12–13.

52. Den blev en viktig källa för dagspressen i sin medicinska rapportering, särskilt sedan man hade anställt en journalist som chefredaktör på 1960-talet. Schöldström 2003, s. 25.

53. Schöldström 2003, s. 28–29; Eklöf 2000, s. 209.

54. Schöldström 2003, s. 24–25; Eklöf 2000, s 232.

55. Abbott 2005, s. 246ff.

56. Einarsdottir 1997, s. 73–76.

57. Utredningen omtalades som ”socialiseringshotet”. Gustafsson 1987, s. 364ff.

58. Serner 1980.

59. Gustafsson 1987, s. 364ff.

60. Heidenheimer 1980, s. 121ff.

61. Gustafsson 1987, s. 364ff. Höjer var generaldirektör vid Medicinalstyrelsen från 1935, socialdemokrat med radikal framtoning.

62. Eklöf 2000, s. 231, 255.

63. Nilsson 2003, s. 75. Se också Eklöf 2000, s. 214ff. Se även fördjupat resonemang i Carlhed 2007, s. 70ff.

64. Eklöf 2000, s. 209, 254.

65. Nilsson 2003, s. 77.

66. Eklöf 2000, s. 190.

67. Ibid., s. 341–342.

68. Bourdieu 2004, s. 16; Gustafsson 1987, s. 199–220.

69. Gustafsson, 1987, s. 199–220.

70. Dillner 1963, s. 630–632.

71. SCB SOS 1970, s. 72–73.

72. Lannerheim 1994, s. 17; Gustafsson 1987, s. 396.

73. Gustafsson 1987, s. 385–387, 406.

74. SOU 1962:4.

75. Erlöv och Petersson 1998, s. 91–92.

76. Gustafsson 1987, s. 385–387, 406.

77. Dillner 1963, s. 630–632.

78. Gustafsson 1987, s. 381.

79. Eklöf 2000, s. 201–202, 220, 230.

80. Emanuelsson 1990, s. 100–102, 122; Dillner 1963, s. 633.

81. Gustafsson 1987, s. 383.

82. SCB SOS *Allmän hälso- och sjukvård* 1970, 1960, 1955, 1940, 1921.

83. Gustafsson 1987, s. 3. Se även SOU 1978:4.

84. Persson 1994, s. 86–102.

85. Ibid., s. 182–183.

86. Ibid., s. 161–167, 180, 223–226.

87. Ibid., s. 266ff.

88. Persson och Wilhelmsson 2008, s. 17–19.

89. Abbott, 1988, s. 59ff.

90. Ibid., s. 105.

91. Weisz 2003, s. 556.

92. Detta hade sin grund i det huvudavtal som är allmänt känt under namnet Saltsjöbadsavtalet 1938, där ett centralt arbetsskyddavtal kom till stånd som ett följdavtal 1942. Parterna var Landsorganisationen (LO) och Svenska Arbetsgivarföreningen (SAF). I samband med detta

inrättades också Arbetarskyddsnämnden som centralt samarbetsorgan och 1949 kodifierades reglerna och samarbetet i 1949 års förstärka arbetsskyddsavtal. Thörnquist 2005, s. 223–303.

93. SCB SOS *Allmän hälso- och sjukvård* 1970, 1960, 1950, 1940, 1920, 1911; *Statistisk årsbok för Sverige* 1970, 1960, 1950, 1948, 1925, 1919.

94. Freidson 2001, s. 182ff.

95. Bejerot och Hasselbladh 2003, s. 110–111, 107.

96. Bjurulf och Swahn 1980, s. 84, 96.

97. Abbott 1988, s. 60.

98. Ibid., s. 117.

5. Professionerna i en försvagad välfärdsstat, 1970- till 1990-tal

Kapitlet handlar om hur det förändrade konjunkturläget och New Public Management (NPM) påverkade hälso- och sjukvårdens utveckling samt vilka konsekvenser detta fick för det professionella medicinska fältet. Professionaliseringsstrategier hos sjuksköterskor och laboratorieassistenter beskrivs liksom strider om jurisdiktion mellan läkare och sjuksköterskor. Specialiseringen inom medicinen problematiseras som en differentierande kraft i relation till den enhetligjorda professionsfiguren, liksom hur professionalismen består, försvagad men möjligtvis i annan form.

Vårdens nya styrning och rationaliseringens följder

Vid ingången till 1970-talet hade de samhällsekonomiska förutsättningarna förändrats från efterkrigstidens gyllene år och högkonjunktur till en konjunkturnedgång. Detta blev också en vändpunkt för hälso- och sjukvårdens expansion. Stora lasarettsbyggen stoppades redan på projekteringsstadiet och 1960-talets rationaliseringsdiskussioner i form av analyser av personalbehov började få genomslag.[1]

Rationaliseringsdiskussionerna fokuserade på den inre arbetsorganisationen inom sjukvården. Tankegods hämtades från industrins rationalisering, med fokus på den underställda personalen och patienterna, där effektivitetsvinster kunde göras, men läkarnas arbete undantogs från detta. Det tydligaste exemplet på ett tekniskt/ekonomiskt rationaliseringsperspektiv var införandet

How to cite this book chapter:
Carlhed Ydhag, C. 2020. *Uppkomsten av ett professionellt medicinskt fält. Läkares, sjuksköterskors och laboratorieassistenters formering*. Pp. 147–188. Stockholm: Stockholm University Press. DOI: https://doi.org/10.16993/bbc.e

av en princip för lägsta möjliga lönekostnad per produktenhet i kombination med en arbetsdelning för personalen i allt mindre moment. Vinsten var att en större skara underställd personal utför vissa arbetsmoment som ansågs lägre kvalificerade, dvs. en ”hierarkiserande, lönedelande och kompetenssänkande rationalisering”.[2]

Den politiska förändringen av hälso- och sjukvården genom reformer efter andra världskriget kan sägas ha gått från en Keynesinspirerad politik, där den fria marknaden måste balanseras av en aktiv stat, till ett marknadsekonomiskt synsätt, där hälso- och sjukvårdssystemet bör följa marknadsekonomins grundidéer om konkurrens, fokus på budget och centraliserade marknadsmekanismer.

Det svenska systemet liksom många andra europeiska system har behövt anpassa sig till nya utmaningar, som till exempel en alltmer åldrande befolkning, den medicinska utvecklingen och en ny syn på vården från patienternas sida. I kraft av denna nya politik och nya läge hamnade hälso- och sjukvårdssystemet i kläm mellan nationella och internationella ekonomiska åtaganden och den nationella efterfrågan på vård och därmed riskerades den jämlika tillgången till sjukvård.[3]

Generellt sett tappade det statliga utredningsväsendet helhetsgreppet om hälso- och sjukvården kring mitten av 1900-talet. Därefter kommer en rad specialiserade utredningar av delar av hälso- och sjukvården. Delarna utreds var för sig. Exempel på detta var att man utredde vård- och medicinutbildningarna i isolering från övergripande organisatoriska frågor och rationaliseringsfrågor.[4]

I tidigare avsnitt har hälso- och sjukvårdens utveckling kunnat beskrivas som en förstärkning av akutvårdsmodellen, vilket innebar kortare vårdtid inom slutenvården, dvs. högre kapacitet och effektivitet i utnyttjandet av den parallella ökningen av specialiserad medicinsk kunskap. Samtidigt har det med ökande medellivslängd och sjunkande dödlighet ställts krav på hälso- och sjukvården såväl när det gäller en åldrande befolkning som i samband med livsstilsrelaterade sjukdomar. Den nya medicinska kunskapen, nya mediciner och nya behandlingsmetoder har bidragit till att bota och lindra sjukdomar, men kostnaderna för den allt mer avancerade vården har stigit.

Trots statens bistånd med ökade resurser blev det allt svårare att kunna möta sjukvårdsbehoven, vilket innebar att vårdköer bildades och vårdprioriteringsfrågor blev aktuella. Samhällsekonomiskt kom de två lågkonjunkturerna på 1970- och 1990-talet att drabba hälso- och sjukvården hårt och verksamhetsnedskärningar var nödvändiga. Prioriteringsfrågorna kom att ställa förebyggande hälsoarbete mot mer slutna former av vård och öppenvård mot specialistvård och inom den slutna vården ställdes specialitet mot specialitet.[5] Det var således oundvikligt att det som hände i den statliga ekologin fick återverkningar i den professionella ekologin.

Ökad statlig styrning över villkoren för läkararbetet

Den statliga styrningen, som indirekt påverkat läkarprofessionen genom ersättningsfrågor, kan bl.a. härröras till 1931. Då antogs en ny sjukkasselag som förutom lönebortfall även svarade för läkarkostnaderna, vilket innebar att antalet försäkrade ökade snabbt (särskilt efter 1955 då sjukförsäkringen blev obligatorisk). Förhållandet mellan läkare och patient förändrades då i grunden, eftersom samarbetet fick en kollektiv dimension genom att staten blev en tredje part.

Å ena sidan fick läkarna ett större patientunderlag men å andra sidan ville de organ som var med och finansierade vården, dvs. försäkringsbolagen, sjukkassorna och staten, vara med och bestämma hur läkarna skulle avlönas och hur stor ersättningen skulle vara. Att staten finansierat läkare var i och för sig inget nytt, eftersom distrikts- och provinsialläkarna tidigt avlönades av staten och den privata läkarvården bara var lönsam i de större städerna. De svenska läkarna har snarare arbetat för sin trygghet och sin inkomstnivå inom det statliga systemet, än för oberoende utanför det.

Sveriges läkarförbund har dock haft inflytande på utformningen av systemet och införandet av de lagar som fastställdes. Man arbetade för att sjukdomsskyddet skulle omfatta alla svenska medborgare, vilket också skulle innebära en tryggad patienttillgång för professionen. Detta realiserades 1947 genom en sjukförsäkring som omfattade alla och senare genom en annan väg i ett heltäckande offentligt hälso- och sjukvårdssystem, då sjukronorsreformen trädde i kraft 1970.[6]

Sjukronorsreformen

"Sjukronorsreformen" markerade slutet för en lång politisk process för en att etablera sjukvård som var skattefinansierad och tillgänglig och där läkare skulle vara anställda med lön. Reformen medförde enligt Läkarförbundet att läkarkåren i sin helhet därefter kunde betraktas som en höglönegrupp.

Sjukronorsreformen medförde arbetstidsreglering, övertidsersättning och jourkompensation och den innebar även en strukturell omvandling, inte bara för läkarna utan för hela hälso- och sjukvården i form av en enhetlig taxa i stället för en differentierad. Tidigare betalade patienten hela beloppet men fick återbäring hos Försäkringskassan. Detta försvann nu och ersattes av en enhetlig avgift. Läkarnas patientarvoden försvann och läkarna fick totallön. Detta kan ses som en förvandling av läkaryrket från profession till tjänsteman.[7]

Reformen förgicks inte av en utredning och sjösattes mycket snabbt, inom ett år. Läkarförbundet var inte med i de förberedande processerna och ville att reformen skulle skjutas upp. Man ställde dock upp på reformens huvudsakliga syfte: att det skulle bli en mer likvärdig sjukvård för alla. Men man underströk också från Läkarförbundets håll att läkarna måste få ta del av planerings- och prioriteringsfrågorna inom den framtida sjukvården. Privatpraktikerna var uteslutna ur reformen och Läkarförbundet arbetade hårt för att de skulle inkluderas. Argumenten var att om inte sjukvårdsbesök kunde kanaliseras genom privatpraktikerna (vilka svarade för cirka 25 % av alla öppenvårdsbesök) skulle detta öka trycket på sjukvården. Men det egentliga skälet var troligtvis att man fruktade att öppenvårdsklinikerna skulle bli billigare än privatklinikerna.

Privatpraktiserande läkare var en minskande grupp och bestod av äldre läkare. Nyetableringar var redan svåra att få till stånd och fler hinder sattes upp. Landstingspolitikerna var negativa till nyetablering, eftersom man trodde att denna kunde äventyra rekryteringen av läkare till öppenvården, vilken redan var i ett svårt läge. Men trots motståndet var de flesta läkare positiva till reformen då den innebar stora förbättringar när det gäller arbetstider, lön och arbetsvillkor. Från och med 1970 var det inte längre möjligt för läkarna att bedriva privat

öppenvårdsmottagning och samtidigt ha privata inneliggande patienter på sjukhusen.[8]

Reformen kan förstås i sitt samhällspolitiska sammanhang med hänvisning till Låginkomstutredningen[9] och den socialdemokratiska viljan till klassutjämning, något som inte bara gällde patienterna utan även läkarkåren. Det fanns motsättningar inom läkarkåren, mellan yngre sjukhusläkare och äldre överläkare, mellan privatpraktiserande och offentligt anställda samt mellan olika specialistgrupper med stora, ibland extrema, löneskillnader. Det tidigare lönesystemet bidrog till stor del till dessa interna motsättningar och skillnader i arbetsvillkor och lön etc., vilket i sig var demoraliserande. De som gynnats var laboratoriespecialiteter (patologi, radiologi m.fl.) medan barnläkare, psykiatrer och neurologer missgynnades.

Sjukronorsreformen hade egentligen inget nytt till sitt innehåll jämfört med Höjer-rapporten från 1948. I ett vidare perspektiv var sjukvårdsreformeringen ett led i det socialdemokratiska efterkrigsprogrammet. För Läkarförbundets del kunde reformen framställas som en påtvingad reform, samtidigt som den lade locket på de interna motsättningarna.[10]

Kampen om kontroll av läkarutbildningen och tjänster

En ny samarbetsanda

I den nya samarbetsandan bestämde sig Läkarförbundet för att hjälpa till att ”bygga bort” den läkarbrist som debatterades livligt under 1960- och 1970-tal. Det var provinsialläkarkrisen som debatterades mest, eftersom det rådde stor brist på provinsialläkare framförallt i Norrland och i södra Sverige.

En annan viktig fråga som diskuterades var bristen på vissa specialister. Staten genomförde förändringar i specialistordningen 1969 och man anpassade specialistutbildningarna till antaganden om behov av läkare och utbud av tjänster, dvs. läkare skulle ledas till de sektorer inom hälso- och sjukvården där de behövdes mest. Dimensioneringen av grundutbildning och specialistutbildning ingick nu som en naturlig del av planeringen av hälso- och sjukvårdens utbyggnad.

Konsekvenser av detta var att å ena sidan läkarna fick möjlighet till vidareutbildningstjänster i förhållande till antalet legitimerade

läkare, medan det å andra sidan inte blev lika möjligt som förut att fritt välja specialitet. Den nya specialistordningen innebar 4–5 års vidareutbildning, med 40 specialiteter att välja mellan, samt en 3-årig allmänpraktisk utbildning för öppenvårdens behov. Detta skulle fylla behovet av sökande till provinsialläkartjänsterna, som sedan länge dragits med stora vakanser.[11]

I Läkartjänstutredningen, som tillsattes 1969, föreslogs tre tjänstekategorier: underläkare (underordnade läkartjänster avsedda för läkare som genomgår vidareutbildning); avdelningsläkare (tjänster i underordnad ställning för läkare med fullgjord vidareutbildning); överläkare (överordnade tjänster förenade med medicinskt ledningsansvar). Däremot innebar inte överläkartjänsten automatiskt klinikchefsansvar då klinikchefen skulle väljas bland överläkarna. En konsekvens av förslaget, som gick igenom 1970 var att fler än en överläkare kunde finnas vid en klinik.[12]

År 1969 reformerades läkarutbildningen. Medicine licentiatexamen avskaffades och ersattes med läkarexamen.[13] Läkarutbildningen ändrades från 6 ½ år till 5 ½ år, inklusive en obligatorisk allmäntjänstgöring på 21 månader, som skulle äga rum inom psykiatrin (3 månader) och öppenvården (6 månader), vilka båda var områden med brist på läkare. Allmäntjänstgöringen fastslogs till 21 månader och skulle placeras som en länk mellan grundutbildningen och vidareutbildningen.[14]

Under 1976 vidtog en diskussion om risken för ett läkaröverskott (igen). Intresset för debatter om överskott och brist var ett uttryck för intresset att bevaka inträdet till yrket. Då antagningsreglerna ändrades 1977 i samband med högskolereformen blev frågan om intagning symboliskt viktig för läkarna, då det nu var den enda möjligheten till kontroll av den sociala breddning som var tänkt. Reformen kunde hota läkaryrkets exklusivitet. Läkarförbundet hade ju på 1950-talet förlorat kontrollen över hur många som skulle få tillträde till yrket, men dess homogena karaktär var hittills inte hotad.[15] Detta gjorde inträdesfrågan extra viktig.

Sammanfattningsvis ökade den statliga styrningen, när läkarplaneringsprocesserna under 1960- och 1970-talet allt mer togs över av staten och Medicinalstyrelsen. Läkarförbundet, som tidigare varit en nyckelaktör, förlorade i slutet på 1960-talet sitt

inflytande över specialiseringsbestämmelserna. Däremot fick de en samverkansroll, då de i samarbete med Medicinalstyrelsen försökte att utjämna de skillnader och ojämlikheter som uppstod i specialiseringsstrukturen. Med den nya rollen förändrades Läkarförbundets tidigare kyliga attityd till staten till en mer statsvänlig inställning, då de blev medansvariga i utbyggnaden av läkarutbildning och bemanningsfrågor. Relationerna var inte längre lika präglade av de äldre sjukhusläkarnas och de privatpraktiserande läkarnas intressen som de varit tidigare.

Men detta innebar samtidigt att myndigheterna fick allt mer inflytande över läkarkåren, dess bemanning och planering. Äldre läkare såg detta som en urholkning av autonomin medan de yngre såg det som en bättre lösning eftersom de nu i högre grad än tidigare fick sina behov tillfredsställda. Med en årlig utexaminering av tusen läkare passade dessutom en elitistisk politik dåligt. Det fanns således spänningar mellan de äldre läkarna och de yngre, vilka nu i växande antal kunde göra sina röster hörda.[16]

Konsekvenser för specialiteterna

Under 1970-talet diskuterades även konsekvenserna av förändringarna i specialistutbildningen, vilka blev tydliga under nästföljande årtionde. Det rådde då stor läkarbrist inom de statligt prioriterade specialiteterna medan det var överproduktion på de prestigefyllda specialiteterna.[17]

Landstingen övertog i början av 1990-talet ansvaret från Socialstyrelsen för den långsiktiga tillgången på specialistläkare genom att de övertog planeringen av specialiseringstjänstgöringen. Det fanns en djupgående och bred differentiering inom läkarkåren som man tidigare lyckats dölja under en yta av professionell enighet. Efter högskolereformen 1977 var kåren fortfarande homogen socialt sett men en diskurs om läkaryrkets heterogenitet växte sig allt starkare.

De rådande polariseringarna inom diskursen har å ena sidan betonat yrket som representant för ett mjukt, socialt och humant fält, å andra sidan som representant för ett hårt fält, det vetenskapliga med en professionell expertroll baserad på kunskap.[18]

Sammanfattningsvis kan läkarkårens relation till staten å ena sidan tolkas som konfliktfylld framförallt under 1900-talets

tidigare del, men i den senare delen av seklet kan staten å andra sidan ses som en ”framväxande beskyddare av läkarkåren”.[19] När det nya århundradet närmade sig tyckes dock vindarna ha vänt igen avseende det statliga ”beskyddet”.

Villkoren för läkarnas profession förändrades med den ökande statliga styrningen men även med det faktum att hälso- och sjukvårdsapparaten hade blivit så stor, något som i sig medförde ett ökat behov av administration och ledningskompetens. Abbott menar att teknologiska och organisatoriska förändringar är de huvudsakliga krafterna i fråga om att öppna och stänga jurisdiktioner, och att dessa har direkta effekter, dock oftast i positiv riktning.[20] Detta gäller definitivt för läkarprofessionen, både på grund av teknologin som öppnar nya uppgiftsområden och på grund av kommodifieringen av professionell kunskap, t.ex. i form av penicillintabletter eller vaccinsprutor.[21]

New Public Management – decentralisering och ökad produktivitet

I den nya hälso- och sjukvårdslagen som kom 1982 fanns honnörsord som helhetssyn och andra tecken på ett bredare hälsotänkande samt direktiv om att slutenvård och öppenvård skulle samordnas. Den väl utbyggda slutenvården och akutvården skulle stå tillbaka medan den öppna vården skulle ges mer resurser, varvid också en omfördelning av resurser mellan hälsovård och sjukvård ansågs nödvändig. Man delade upp hälso- och sjukvården i primärvård, länssjukvård och regionsjukvård, av vilka primärvården skulle bli den nya vårdens basresurs, vilket innebar en ökad betoning på förebyggande insatser.[22]

Den nya hälso- och sjukvårdslagstiftningen utformades, liksom andra förändringsprogram inom offentlig sektor under den här tiden, med hänvisningar till det allmännas bästa. Argument för ökad kostnadseffektivitet och ökad valfrihet framställdes som ett naturligt led i en modernisering.

De nya styrformerna och de samtida förändringsprogrammen inom offentlig sektor var en del i ett bredare förändringsprogram som kallades New Public Management. I detta program fanns viktiga element, såsom decentraliserat budget- och kostnadsansvar, interna köp- och säljmarknader, kostnadsmedvetenhet i betydelsen ständig rationalisering samt tillämpning av styrmodeller hämtade

från den privata marknaden. Programmet innebar även att chefer på vissa nivåer fick större formellt ansvar och handlingsutrymme, att verksamhetens effektivitet bedöms mot mätbara mål samt att ”kunderna” skulle stå i fokus. Något större motstånd mot detta i praktiken rätt omvälvande förändringsprogram uppvisade inte läkarkåren, sjuksköterskekåren eller chefer inom den offentliga sektorn. Det visade sig att en del professionella till och med tagit aktiv del i möjliggörandet av kontroll och uppföljning av arbetet i tron att verksamheten skulle blir bättre.

Nya sätt att reglera hälso- och sjukvården

Ett nytt regleringslandskap har således sakta bildats för hälso- och sjukvården, och under 1980- och 1990-tal blev detta allt mer uppenbart i sina effekter. Det nya landskapet bestod av komplicerade relationer mellan ”lagtexter, policydokument, nya målsättningar, tillämpad vetenskap ’best practices’, inomprofessionella processer och administrativa styrsystem inom sjukvården”.[23] Att detta nya synsätt fick fäste kan förklaras genom att hela den offentliga sektorn och dess expansion varit föremål för öppen debatt och kritik under 1960- och 1970-tal. Frågor om styrbarhet och resurshushållning var teman som kom från denna debatt och som hämtade tankegods från marknadsliberala idéer och som närdes av misstro mot offentliga byråkratier.

Rationaliseringsvågen var ju på sätt och vis inget nytt. Förbättrad produktivitet och effektivisering var något som bolagskapitalismen tidigt vurmat för och som sedan prövades i de amerikanska storföretagens inre arbetsorganisation vars resultat sedan spreds till andra industrialiserade länder. Ett viktigt element var att ta vetenskapen i sin tjänst, dvs. att använda den vetenskapliga kunskapen på ett rationellt sätt.

I början av den period som jag kallar ”de gyllene åren” enades staten, näringslivet och fackföreningarna tidigt om att man skulle arbeta för ökad produktivitet i arbetslivet och i samhället (Saltsjöbadsandan). För hälso- och sjukvårdens del kom det första mötet med rationaliseringen 1943 inom den slutna sjukhusvården. Det tycks som att denna del av sjukvården har haft ett rationaliseringstryck allt sedan dess, medan i andra offentliga verksamheter, som kommun och distriktsvård etc., har

inte rationaliseringsbegreppet fått samma uppmärksamhet. Den stora expansionen av kommunernas och landstingens administrationer och verksamheter kunde ske rätt obemärkt under mer än två decennier, från tidigt 1960-tal och framåt. Diskussioner om expansionen handlade mera om i vilken takt den kunde ske, vilka verksamheter som var aktuella och var i landet man skulle fördela resurserna.[24]

Politikens och administrationens gränser förskjuts

Under den här tiden sker också ett närmande mellan politikerrollen och tjänstemannarollen, vilket i vissa fall leder till en sammansmältning till en "tjänstemannapolitiker". Etablerade gränser mellan politik och administration var under upplösning. Aktörer inom 1970-talets demokratidebatter reagerade på denna ordning och kallade det för en politisering av verksamheterna eller tjänstemannavälde. I ljuset av kraven på en ökning av det offentliga åtagandet, vilket till stor del innebar långt mer komplicerade än enbart tekniska och neutrala uppgifter, blev den offentliga sektorn en legitim måltavla för missnöje. Den imaginära länken folkvilja => politiska beslut => ledning => utförande fungerade inte längre. Den kritik som framfördes var diffus men utbredd och kom att fungera som en klangbotten till de förslag till förändring av offentlig sektor som kom senare.[25]

Hälso- och sjukvårdsystemet och dess dominanta akutvårdsmodell kan beskrivas som ett "system av sjukvårdsproduktion" vilket i sig öppnade för ett fokus på tekniskt instrumentella lösningar enligt en mål/medel-logik som accentuerades under 1990-talet. Samordningen och kontrollen av läkarnas arbetsprocess har skapat vårdprogram och riktlinjer som i sin tur påverkar läkarnas autonomi och tolkningsföreträde i fråga om relevanta behandlingar.[26] Sjuksköterskorna och den underställda personalen stod i fokus för den rationaliseringsvåg som kulminerade under 1960- och 1970-tal. När tideräkningen gick över till 1980- och framförallt 1990-tal var det således läkarnas tur att utsättas för "arbetsstudier" och att mötas av rationaliseringskrav. Läkarnas fria ställning inom sjukvården kom att bli ett av huvudproblemen för förändringsprogrammen.[27]

Decentraliseringsvågen

Under 1960-talet och fram till början av 1980-talet ökade sjukvårdskostnaderna och Sverige var ett av de länder som lade ned mest pengar på hälso- och sjukvård. Detta kom att bromsas genom en budgetkontrollerande politik och en mer decentraliserad ansvarsfördelning. Detta innebar ökat oberoende och ansvar för de lokala myndigheterna i fråga om inriktningen av hälso- och sjukvården samt ökad kontroll av de stigande sjukvårdskostnaderna. Decentraliseringen medförde att landstingen fick större handlingsutrymme och privatisering uppmuntrades. Med den nya hälso- och sjukvårdslagen, som kom 1982, ökade decentraliseringen än mer.

Tidigare hade man genom kraftiga höjningar av landstingsskatten under 1960- och 1970-talet försökt ge hälso- och sjukvården ökade resurser, men de statliga subventionerna minskade i början av 1980-talet, vilket gjorde att landstingen i många fall begränsade anslagen till sjukvårdsbudgeten. Detta gav upphov till väntelistor i primärvården och i sjukhusvård generellt, men dock inte inom specialistvården.

Väntetiderna medförde ett ökat fokus på landstingens ransonering och ineffektivitet varefter en ny liberaliserande politik, som siktade mot ökad privatisering, infördes vid 1980-talets slut och 1990-talets inledning. De reformer som sedan följde avseende landstingen kan karaktäriseras som en ny ”sjukvårdspolitisk modell” med följande huvuddrag:

- Att skilja på vårdköpare och vårdleverantör.
- Att tilldela köparna resurser efter patientunderlag.
- En växande hybridisering av typ av vårdleverantör.
- Prognos- och resultatbaserad ersättning.
- Politiskt ansvariga vårdköpare.
- Patientens rätt att välja vårdleverantör.
- Att tilldela vårdleverantörerna resurser via avtal och valfrihet för patienterna.[28]

Med husläkarlagen 1991 återskapas relationen mellan patient och läkare och distriktsläkarna fick en grindvaktsfunktion, men det

hela går i stöpet och hävs 1994. Dock medförde detta att 25 % av primärvårdens läkare blev privata och att vissa landsting följde privatiseringstendensen och anlitade privata vårdleverantörer med offentlig finansiering. År 1992 kom Ädelreformen, varigenom landstingens resurser för vårdberoende personer med behov av daglig tillsyn fördes över till kommunerna. Sjukhusvården skulle minska och primärvården och hemsjukvården skulle överta ansvaret för denna patientgrupp. Det var kulmen på decentraliseringsvågen och därefter började pendeln svänga tillbaka igen, mot centralisering och omdefiniering av regler som garanterar befolkningen rätt till lika vård.[29]

Centralisering – den starkare kraften

I en tillbakablick på den många hundra år gamla utvecklingen av det svenska hälso- och sjukvårdsystemet kan man sluta sig till att det, utöver de kortare pendlingarna mellan decentralisering och centralisering, ändå varit en förskjutning mot centralisering av naturliga skäl, dvs. den framväxande nationalstaten och dess administration som bildat en offentlig instans som en mellannivå mellan medborgare och sjukvård.

Framväxten av den offentliga instansen ha skett på bekostnad av en privat marknad. En förskjutning har således skett från efterfrågan på individers tjänster (kirurgen, jordemodern) till tjänster som erbjuds av kollektiv (läkarkåren, sjuksköterskekåren eller biomedicinska analytiker), dvs. professioner. Men med tiden underordnas kollektiven staten och i och med den ökade marknadiseringen av den offentliga sektorn återställdes marknadens inflytande genom avreglering, nya styrformers logik, samt nya privata vårdorganisatörer som formerar sig i koncerner, dock under överinseende och viss reglering av staten.

Professionernas generella inflytande och gyllene år kan sägas höra ihop med en mellanperiod i denna utveckling, framför allt uppbyggnaden av välfärdsstatens sektorer. När strukturen sedan är lagd och utbyggd underordnas professionerna den generella välfärdspolitikens vilja till likvärdighet och rätt till lika vård. Detta har skett i form av å ena sidan resursutjämning och å andra sidan prioriteringar av vårdinsatser, paradoxalt nog under en politik som kännetecknas av att patienten står i centrum, fria vårdval

och högteknologisk specialistvård. Under den här tiden förändras läkarkåren och sjuksköterskekåren till kvantitativa basresurser i hälso- och sjukvården, och det ligger inte längre något exklusivt i att vara en profession.

Den professionella medicinska kunskapens kärna

Medicinens professionella kunskap är ett konglomerat av olika studieämnen som förmedlats via obligatoriska delar av utbildningen som medicinens ”kärna”. Det har varit i form av naturvetenskapliga ämnen, som fysik, kemi och biologi, och humanvetenskapliga ämnen, som anatomi, fysiologi och kirurgi.

Frågan är hur man ska se på denna ”kärna” då det som utgör medicin har förändrats över tid och i takt med vetenskapliga rön och nationell hälso- och sjukvårdspolitik. Det är dock en fördel för en profession att, som i det här fallet, göra anspråk på ett eget akademiskt område. Man kan se medicinens professionella kunskap som en amalgamering, dvs. sammansmältning och därigenom som en strategi för att upprätthålla maximal abstraktion inom ett område där man gör anspråk på jurisdiktion.[30] Men genom det bakteriologiska genombrottet och det biomedicinska paradigmskiftet gick medicinen från att vara en mer eller mindre icke-hierarkisk samling av kunskaper från olika discipliner till en hierarkisk struktur, där den biomedicinska nosologin kom att utgöra en konsoliderad bas för medicinens kunskapskärna, dess *heartland*.[31]

Genom den biomedicinska kunskapens vetenskapliga grund och studier av behandlingars effektivitet kan de skapa strikta regler för evidens *colligation* och läkarna kan hävda sin ensamrätt till denna expertis. Ju svårare det är för andra att *klassificera ett problem, att resonera kring det och agera utifrån det* kan de göra anspråk på att kunna bota och lindra sjukdomar. Deras *heartland* är det robusta område där en profession är säkrast och svårast att attackera.[32]

Medicinen har dock sträckt sig utöver sin jurisdiktion och är aktiv även inom områden där den biomedicinska modellen inte enväldigt kan gälla. Men genom enhetliggörande av läkarkåren, deras uppgiftsfält, en legitim läkekonst, ett huvudämnes

vetenskapliga framgång – medicinen samt en huvudfigur – läkaren med ett specifikt etos, har man lyckats övertyga stat och allmänhet om denna professions kompetens och rätt till viss professionell verksamhet. Genom att professionen framställer sig som homogen med skarpa gränser med objektivt definierade uppgifter underlättas förståelsen av vad de gör och att deras åtgärder uppfattas som effektiva. Det är på detta sätt som den sociala och kulturella auktoriteten stärks och som gör att allmänheten och den mediala arenan ger dem legitimitet.[33]

Nackdelen med amalgamering är att det byggs in en heterogenitet, vilket skapar en inre spänning som hela tiden ska hållas under kontroll. Därför kan man säga att samtidigt som professionaliseringsssträvandena började arbeta uniformerande eller enhetliggörande, började specialiseringen arbeta differentierande.

Specialisering utvidgar medicinens kärna men utmanar enhetligheten

Medicinens specialiseringar har, med utgångspunkt i de två urformerna medicin och kirurgi, genomgått en differentieringsprocess som i mångt och mycket bygger vidare på den samling akademiska ämnen som ingått i den tidiga läkarutbildningen, både teoretiska och kliniska.

En viktig och tidig omorientering för läkarvetenskapen var den tankevärld som byggde på att man öppnade de avlidnas kroppar och studerade kroppens inre för att utröna dödsorsaken. Ämnet anatomi knoppades av till en sjukdomslära, dvs. den anatomiska patologin. Genom studiet av kroppens organ och vävnader samt kroppens vätskor (blod, urin) och med mikroskop som verktyg fortsatte utvecklingen av betingelser för specialisering i fråga om medicinsk kemi och fysiologi. Studier av cellerna och deras patologi utvecklade cellularpatologin och studiet av bakterier och svampar gav grunden för bakteriologin. Arbetet i laboratorierna förändrade också den teoretiska förståelsen av sjukdomar och förändrade nosologin (sjukdomsklassificeringssystemet) från en symptomklassificering till en orsaksgrundad sådan.

Men förutom argumentet att det är naturvetenskapens, teknikens och medicinens utveckling som leder till specialiseringen och ökad professionell kunskap finns alternativa sätt att förstå hur denna professionella kunskap blivit så dominant i samhället.

För det första var sammanslagningen av teoretisk medicin och kirurgi till en läkarprofession, samt skapandet av en enhetlig läkarutbildning, viktiga grunder för att övertyga den allmänna opinionen om att det fanns en enad yrkeskår som hade denna värdefulla kunskap.

En andra förutsättning var en kollektiv vilja att utvidga medicinens område och det var bara genom en specialisering som detta kunde ske. Kunskapsutvecklingen inom den akademiska medicinen byggde på upprepade rigorösa observationer av ett stort antal sjukdomstillstånd, i nära överensstämmelse med naturvetenskaplig positivistisk grundsyn. För det tredje behövdes stödjande institutionella villkor för att specialiseringsarbetet skulle kunna vidareutvecklas till etablerade institutionellt baserade specialiteter.

De institutionella villkoren var relaterade till en framväxande administrativ rationalitet på 1800-talet, med sitt ursprung i Paris, vilken handlade om att hantera stora populationer genom en passande klassificering som sorterade människor i vårdkategorier.[34] Andra tankesätt, som stödde denna klassificeringstanke, kan relateras till den framväxande ekonomin och idén om arbetsfördelning[35] eller till evolutionsteoriernas inbyggda specialiseringsidé. Egentligen var det inte många idéer under den här tiden som inte stödde en specialiseringstanke, men det var vetenskapens framgångsexempel som gav flest bevis på nyttan av specialisering. Specialisering i sig är ju inget nytt fenomen: i antikens Egypten fanns exempelvis specialister som koncentrerade sig på olika kroppsdelar under ett synsätt som kallades systemic humoralism.[36] Det som avses här är snarare synen på specialister som en erkänd social kategori och med identitetsbildning via tidskrifter och titlar.

En rad omständigheter har bidragit till utvecklingen av de medicinska specialiteterna. Det skedde ett kvalitativt språng – en kognitiv vändning – genom den patologiska anatomin när man började söka efter sjukdom inne i döda kroppar och inte i luftsammansättningar. Den tekniska utvecklingen av verktyg, som gjorde att man också kunde se in i levande människors kroppar var också viktig. Den parisiska medicinska skolan var uppdelad efter organ och den medförde en mer omfattande förändring i

synen på kliniska färdigheter och vem som kunde utveckla kunskap och förmedla den. Det gjordes en distinktion mellan de mediokra läkarna, som kunde bli skickligare genom att fokusera på ett fåtal sjukdomar, och de mer begåvade läkarna som genom specialisering verkligen kunde utveckla kunskapen. Denna distinktion kom från ett nytt framväxande medicinsk-vetenskapligt sällskap i Paris.

Bland drivkrafterna bakom specialiseringsutvecklingen fanns det faktum att Paris hade den största medicinska skolan i världen tillsammans med en rad andra stora medicinska institutioner vilket bäddade för ett hårt konkurrensklimat. Läkare, vare sig de var medicinare eller kirurger, fick samma legitimation, vilket innebar en sammansmältning till ett distinkt yrke och medförde att en intern segmentering kunde ske. Utvecklingen av specialsjukhus och specialavdelningar bidrog också till att upprätthålla principen om behovet av tillräckligt många patienter med samma sjukdom för att kunna studera sjukdomarna. Med andra ord existerade inte någon distinkt gräns mellan praktikern och forskaren, även om fokus senare kom att riktas mot den medicinska skolningen och forskningen.[37]

Sammanfattningsvis kan specialiseringen inom medicinen sägas vara sprungen ur ett system av konkurrens som baseras på utvecklingen av medicinsk kunskap, vilket i sig stimulerade specialisering. I samma riktning verkade hanteringen av klassificerande kategorier utifrån en byråkratisk rationalitet inom stora institutionella strukturer. Båda dessa element stöddes på olika sätt av den franska staten.[38]

Denna förklaring har klara paralleller med vad som skrivits om den svenska medicinens utveckling och dess specialiseringar. Sedan 1950-talet har specialisering blivit karaktäristisk för den nutida medicinen på grund av biomedicinens beroende av teknologi, biologisk forskning, storskaliga kliniska försök och höga kostnader. Liksom inom andra länders utveckling av kontroll över medicinsk specialisering uppstod ett antal dilemman och utmaningar. Hälso- och sjukvårdssystemet har fått hantera den snabba utvecklingen av antalet specialister vilket riskerade att äventyra en integrerad primärvård. Ofta har det handlat om att generalisten eller allmänläkaren begränsat tillgången till specialister genom

remissförfaranden. Kontrollsystemen behöver begränsa tillgången till specialistutbildning och samtidigt stärka generalistkunskaperna eller skapa nya bredare specialiteter såsom opererande specialiteter eller invärtesmedicin.

Många av specialiteterna har vuxit fram ur forskningens innovationer. Vi kan här jämföra med. Abbotts syn på teknologins utveckling som en yttre påverkansfaktor för professionen, vars konsekvenser bland annat är absorption genom specialisering.[39] Andra specialiseringar har tillkommit ur ett behov att göra något för en viss patientkategori, det som Abbott skulle kalla *klientdifferentiering*,[40] t.ex. geriatrik eller pediatrik. Men genom den stora ökningen av antalet specialister har de regulativa ramverken ansträngts, även om staten åtgärdade den ojämna tillförseln av specialister genom att styra över specialister till bristområden.[41]

Den allt snabbare ökande mängden av kunskap och information som ska hanteras inom utbildningen har lett till debatter om utbildningens längd och effektivitet. Företrädare för ökad betoning på standardisering och harmonisering har också pekat på skillnader mellan olika länders nivåkrav och utbildningsstandard. Ett dilemma är att balansera utbildningen av framtida specialister samtidigt som man ska hålla hälso- och sjukvården gående, där enklare fortbildning kan ske.

Standardiseringen och utvecklandet av nya riktlinjer har skett på en allt mer komplex arena bestående av företrädare för Evidence based medicine (EBM), hälso- och sjukvårdsadministratörer, hälso- och sjukvårdspolitiker, ekonomer och patientgrupper. En stark drivkraft för förändringar är de höga kostnaderna och i den politiska diskursen går det skiljelinjer mellan satsning på generalister eller på de mer kostnadskrävande specialisterna. Det råder också oenighet om hur man ska avgöra om hälso- och sjukvården fungerar bra eller måste få en översyn.[42] Skiljelinjen mellan generalisterna och specialisterna leder över till frågan om huruvida den interna differentieringen inom det medicinska fältet också innebär en hierarki.

Den medicinska specialiseringens hierarkier

Det finns inte och har aldrig funnits ett enhetligt sätt att se på vad som kan betraktas som en specialitet eller specialisering. År 1914

inräknades 22 i specialiseringsordningen och 1965 hade antalet vuxit till 28 huvudspecialiteter. Därefter omstrukturerades specialiseringsordningen till att innehålla 12 huvudspecialiteter, med gren- eller subspecialiteter och år 1992 fanns det 60 specialiteter. Den medicinska kunskapsutvecklingen påverkar förgreningen, och specialitetsordningen omstruktureras sedan till nya huvudspecialiteter och grenar. Det finns dessutom olika sätt att dela in de medicinska specialiteterna, t.ex. efter verksamhetsområde, arbetsplatstillhörighet eller utbildning, samt som teoretiska eller praktiska specialiteter.

Egen forskning som bas för specialisering

Läkare kunde i slutet på 1990-talet disputera vid preklinisk eller klinisk institution. Andelen som disputerade vid preklinisk eller teoretisk institution var 30 % mot 70 % vid en klinisk institution och det fanns inga skillnader mellan män och kvinnor. Men alla som disputerade inom medicinsk fakultet var inte medicinare, något blev möjligt efter 1969 års forskarutbildningsreform. I början av 1990-talet var sex av tio disputerade icke-medicinare vid de prekliniska institutionerna, en tendens som hade ökat. Allt färre medicinare disputerade inom de prekliniska institutionerna medan antalet disputerade vid de kliniska institutionerna ökade, bland icke-medicinare såväl som medicinare. Andelen kvinnor fördubblades mellan 1987 och 1991. Det var dock fler kvinnor som disputerade inom preklinisk institution. Männen valde däremot att disputera vid klinisk institution och förenade forskarkarriären med tjänstgöring som läkare.[43]

Är då läkares doktorsexamen en statusdemarkation inom läkarkåren? Det finns olika sätt att se på detta: vissa menar att avhandlingarnas faktiska meritvärden i en klinisk meriteringsväg är i stort sett obefintliga då de inte leder till bättre tjänster eller ger andra belöningar, men det finns också de som menar att det är just själva doktorsexamen som leder vidare i karriären och ger högre lön. Frågan är också om specialiseringsområdet spelar roll här. Det visade sig att forskningsaktiviteten var särskilt hög inom de manstäta specialistområdena,[44] relativt hög i de mer kvinnotäta specialiteterna som inte anses som högstatusområden, och mycket låg inom lågstatusspecialiteterna.

Sammantaget var doktorsexamen inte ett meriteringsinstrument i fråga om löneutveckling och gynnsam karriär, i varje fall inte beträffande snabbt avancemang och ekonomiska fördelar. De specialiteter som hade den högsta andelen disputerade hade också den långsammaste karriärvägen, vilket kunde förklaras med att det fanns för många disputerade för att enskilda läkare skulle göra optimal vinst av sin examen. Däremot visade det sig, när det gällde tillträde till överläkartjänster i specialistområden, att det lönade sig att vara disputerad. På så sätt kan man säga att doktorsexamen hade effekt på olika sätt: dels skapade den en demarkation inom läkarkåren varvid kvinnorna hamnade utanför denna demarkationslinje, dels upprätthöll den potentiellt en struktur för individers valmöjligheter.[45]

Könsaspekter och status

En analys av de medicinska specialiteternas sammansättning 1997, utifrån kön, ålder och status, visade att kvinnorna var kraftigt underrepresenterade inom kirurgi och laboratoriespecialiteter (radiologi, patologi osv.).[46] Inom geriatrik, allmänmedicin, psykiatri och gynekologi var de däremot överrepresenterade, och inom barnmedicin och anestesiologi fanns det något fler kvinnor än män.

Det fanns en tydlig polarisering mellan högt och lågt värderade specialisering. Kirurgi var både en högstatusspecialitet och mansstät, medan geriatrik, allmänmedicin och psykiatri var lågstatusspecialiteter och kvinnotäta. I mellanpositionen fanns specialiteter som var mansdominerade (laboratoriespecialiteter) samt de kvinnotäta specialiteterna barnmedicin, anestesiologi och gynekologi. Dessa betraktas vare sig som hög- eller lågstatus specialiteter, vilket talar för att det inte enbart är kvinno- eller mansdominans som är avgörande. När det gäller ålder vid legitimering och tid som investerats för specialistkompetens var skillnaden mellan män och kvinnor liten och de yngre kvinnornas strategier liknade alltmer männens, vilket då talar för en tendens till utjämning av könsskillnaderna.[47]

Kvinnor återfanns inom de specialistområden där meritering var snabb, men med låg status och mer perifera arbetsplatser. De arbetade också på arbetsplatser där arbetstiden var relativt

kort. Inom de specialistområden som dominerades av män liknade män och kvinnor varandra när det gäller karriärtakten och arbetsplatstillhörighet. Det var de manstäta specialiteterna som var särskilt forskningsintensiva, men det var många som disputerade. Motsatsen gällde för lågstatusspecialiteterna, där det var få som forskade och disputerade.[48]

Demarkationer mellan specialiteter fanns även innan kvinnorna på allvar började utbilda sig till läkare. På 1960-talet definierades bristspecialiteter (långvård, rehabilitering, ögonmedicin, psykiatri). De kvinnliga läkarna har gått in i dessa bristspecialiteter och dessa var 1997 kvinnodominerade. Valet av specialitet tenderar dock att följa etablerade banor. De karriärtrånga specialiteterna (kirurgi och medicin) var mansdominerade och hade en långsam karriärtakt. Inom gynekologi som är en operativ specialitet men dock inte definierad som en kirurgisk specialitet, dominerade kvinnorna. Gynekologin blev en nisch för operativt intresserade kvinnor och samtidigt en demarkation som å ena sidan håller männen borta, men å andra sidan inte håller kvinnor borta från kirurgin, vilket innebär att kvinnornas andel stiger inom den manstäta kirurgin. Anestesiologin var ett område där män och kvinnor konkurrerade i lika mån.[49]

Kirurgin framstår som könad, genom en diskurs om handlingskraftighet och effektivitet som konnoterar maskulinitet, liksom internmedicin i motsats till geriatriken, där långsamhet och vårdande ges kvinnliga förtecken. Denna polarisering upprätthålls genom den kulturella och symboliska funktionen av kön i relation till läkarrollen. Demarkationerna går inte att särskilja i tyngd eller rörande vilka som betyder mest, de reella eller de diskursiva, utan de griper in i varandra och förstärker varandra. Allt som har med kvinnor att göra har dock inte låg status. Gynekologi och barnmedicin är två exempel på detta. Däremot är det utslagsgivande om vården finns utanför sjukhuset: t.ex. har skolläkaren låg status jämfört med läkaren på barnmedicinsk klinik.[50]

Specialiseringens symboliska karaktär

Enligt en norsk studie är neurokirurgi, kardiologi och thoraxkirurgi de mest prestigefyllda specialiteterna, medan geriatrik, hudsjukdomar och psykiatri har minst prestige.[51] Denna statushierarki

är uppbyggd kring föreställningar om sjukdomars prestige, dvs. en sjukdom eller skada som sitter högt upp i kroppen, är tillfällig, akut, dödlig och dramatisk och leder till sjukhusvistelse, men kan botas, ger prestige och skapar en image av heroiska insatser som sker med hjälp av högteknologiska metoder. Lägre prestige ges av sjukdomar/skador som sitter längre ned i kroppen, eller med ett oklart säte, med oklara orsaker och därmed oklar diagnostik. Sjukdomar som kan sättas i samband med ett klandervärt leverne kan också hänföras hit, liksom de sjukdomar som är svåra att åtgärda och därmed innebär en uppenbar risk för kronikertillstånd.

Sammantaget ger sjukdomar och specialiteter med hög prestige en bild av ett högt värderat läkararbete, som är handlingskraftigt, arbetar med objektiv diagnostik utifrån ett naturvetenskapligt förklaringsperspektiv, och tar i bruk högt avancerad teknik i kampen med akuta, livshotande sjukdomar i ”respektabla” organ som hjärta eller hjärna på relativt unga människor. Det motsatta gäller då för de mer kroniska tillstånden med oklar diagnosticering. Långvården kan exemplifiera bottnen i en medicinsk hierarki,



Bild 16. Operation vid kirurgiska kliniken i Lund. Öppet bildarkiv, Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapet (SMHS). Licens: CC BY NC-ND

dels beroende på åldrandets låga värde och dels på distinktionen mellan botande och vårdande, där botandet har högre status.[52]

Organiseringsmönster

Prestigeskillnaderna mellan specialiteter och sjukdomar kan förstås i relation till de historiska organiseringsmönstren i den svenska hälso- och sjukvården som Rolf Å Gustafsson studerat, närmare bestämt till gränsen mellan kirurgi och medicin, som skiljer mellan ”konkret iakttagbara och snabbt fortskridande hjälpbehov” och ”diffusa, svårtolkade och långsamt fortskridande otillräcklighetstillstånd”, och där hälso- och sjukvården huvudsakligen konsoliderats utifrån en akutvårdsmodell som grundlades under 1860-talet.[53] ”Akutmedicinen” fungerar efter erövringens logik och intresserar sig främst för det som ännu är gåtfullt, för nya patientgrupper, nya sjukdomar och orsaker. Vårdandet och de lindrande behandlingarna överlämnas till medicinens ”hjälpkrafter”, dvs. de yrkesgrupper som finns i läkarens närhet, såsom sjuksköterskor, sjukgymnaster, kuratorer m.fl.[54]

Statushierarkin inom hälso- och sjukvårdens sociala och fysiska organisering innebär således att akutsjukhuset blir säte för läkarens och medicinens självklara domän. Den sjukvård som finns utanför sjukhuset tenderar att minska läkarens auktoritet genom samarbete med andra professionella, där man även måste kompromissa mer.[55] Medicinska funktioner som bot och vård utgör således två poler, utifrån vilka en inre hierarkisk differentiering, som status, kan förstås.[56]

I en studie av bland annat karriärmönster och karriärtakt kunde Torgerdur Einarsdottir konstatera att de yngre läkarna hade gjort snabbare karriär än de äldre samt att högstatusspecialiteterna hade en långsammare framkomlighet och lågstatusspecialiteterna hade en relativt snabb framkomlighet. Arbetstid och arbetsplats var också demarkationer: männen arbetade mer, också när man tog hänsyn till andelen deltidsarbetande. I lågstatusspecialiteterna arbetade både män och kvinnor mindre tid, jämfört med kvinnor inom de andra specialistområdena. Arbetsplatstillhörigheten medförde skillnad i arbetstid, varvid universitetsklinikerna hade den längsta arbetsveckan och öppenvårdsläkarna den kortaste.

Professionell kunskap utanför heartland

Tidigare har begreppet *heartland* nämnts.[57] I detta sammanhang handlar det om den biomedicinska kunskapshierarkin och vad som betraktas som ren respektive oren medicinsk kunskap. Den rena medicinska kunskapen är den som formats inom det biomedicinska paradigmets logik och genom hypotesprövande experimentella studier. I *heartland* finns kärnan av det professionella kunskapssystemet, där slutledningar kan dras i diagnosticering och metoder för botande kan föreslås. Det är också där i sitt *heartland* som professionen är som starkast. Att man gärna vill arbeta med arbetsuppgifter som ligger nära detta område kan förklaras med begreppet *professionell regression*, vilket innebär att professionerna tenderar att koncentreras på avstånd från gränserna för deras jurisdiktioner. Det vill säga verka på säkra marker.

Kirurgin hanterar sjukdom av akut och ibland dödlig karaktär. Det finns ingen annan yrkesgrupp som utmanar kirurgerna på detta område. Kirurgin tillhör en säker mark. Biomedicinen har framgångsrikt utvecklat mediciner och vaccin på många områden, där de är oantastbara. Däremot finns det andra områden där interna kamper pågått om vilka metoder som anses mest verksamma, exempelvis inom cancervård.

Allmänmedicinens och psykiatrins status kunde förklaras av deras perifera positioner i fråga om kognitivt innehåll i relation till det biomedicinska paradigmet, men även av perifer lokalisering. Dessa specialiteter återfinns i allmänhet utanför sjukhusets väggar. Deras status beror också på deras relation till läkarrollen, dvs. i vilken mån man kan bota eller om det handlar om att lindra och vårda? Om man inte har tillgång till effektiva behandlingsmetoder utan blir en ”diagnostisk apparat” blir läkarrollen stympad. Därför blir också de specialiseringar som hanterar de mer oklara sjukdomsorsakerna, och därmed har oklara behandlingsmetoder, också stympade.[58]

Exemplet socialmedicin

Socialmedicinen har en relativt sen debut inom universiteten och fick sina två första professurer 1958. Den är även sen som specialitet, då den tillkom först 1974.[59] I relation till den statushierarki som presenterades ovan, kan man säga att socialmedicinen gör

anspråk på att kunna diagnosticera, bota och vårda genom en diagnos av befolkningens ohälsa samt förslag på interventioner som kan antingen bota eller lindra ohälsan. Däremot är relationen till det biomedicinska kunskapsparadigmet svag, då det är komplexa förhållanden i individers livsstil och miljö som ska sammankopplas med kroppsliga symptom.

Den rumsliga lokaliseringen är också en ganska svag faktor, eftersom socialmedicinen både kan finnas på universiteten och inom landstingens specifika enheter för folkhälsofrågor, där man dessutom samarbetar med andra professioner, ofta icke-medicinare och allt oftare s.k. hälsoekonomer (en grupp som för övrigt varit på stark frammarsch sedan 1990-talets införande av köp- och säljmodeller inom kommuner och landsting).

Socialmedicinen har på senare år, med start i den första levnadsnivåundersökningen 1970, genom socialepidemiologin analyserat och diskuterat ohälsa i relation till sociala skillnader och med hjälp av kvantitativa metoder och sannolikhetsteori skapat mätbara enheter för ohälsa i befolkningen.[60] Men det är svårt att formulera ett problem inom socialmedicin i termer av objektiva mätbara kvaliteter såsom skett i naturvetenskapens epistemologi. Det är mycket lättare inom biomedicinen att presentera synbar evidens i form av en bakterie som invaderar en fysisk kropp.

Socialmedicinen arbetar med en betydligt svårare konstruktion av forskningsproblemet samt en enorm komplexitet både rörande mätning av interventioners effektivitet och när det gäller förklaringar av sjukdom sprungen ur sociala missförhållanden, som inte direkt kan iakttas utan handlar om svårfångade fenomen. Avståndet mellan livsstilssjukdomar och den biomedicinska förklaringsmodellen öppnar upp för jurisdiktionell sårbarhet.[61]

Dessutom innebär socialmedicinens lösningar och interventioner ofta omvälvande förändringar i form av generella förbättringar av livsvillkoren eller en rättvis tillgång till hälso- och sjukvård, vilket i sig handlar om politiska interventioner. Om problemet kan lösas politiskt och genom lagstiftning riskerar dock professionen att deras ställning som legitima experter urholkas. Lyckade professionaliseringsstrategier förmår hålla en viss del av kunskapen om orsaken/diagnosen av problemet och interventionen hemlig inom professionen.

De huvudsakliga principerna inom professionellt arbete är att vetenskapen utgör grunden för legitimering av professionerna och att referenser till vetenskapen används i det professionella arbetet. Det är därför fundamentalt att kunna klassificera ett problem (diagnosticera), kunna förklara det (inferens) och kunna agera utifrån informationen (behandling).[62]

Yrket och vetenskaplig disciplin som demarkation

Om tiden före de gyllene åren kännetecknades av förvetenskapligande av samhällets områden och verksamheter kan efterkrigstiden kallas för en tid av församhälleligande av vetenskapen. I korthet har staten bland annat tagit på sig att långsiktigt planera och anpassa utbildningsutbudet, samtidigt som den balanserar och undertrycker motsättningar.[63]

Den ämnesdifferentiering inom universiteten som vi kunde se vid slutet av 1960-talet byggde på en rad stödjande omständigheter: den filosofiska fakultetens uppdelning i två sektioner på universiteten, vilket skedde med 1870-talets reformer (humanvetenskaplig och naturvetenskaplig sektion) samt skapandet av två fakulteter 1956 (humanistisk fakultet med historisk-filosofisk och språkvetenskaplig sektion och naturvetenskaplig fakultet); 1960-talets vidare inkorporering av helt nya fakulteter; den positiva utveckling som tekniken och naturvetenskapen fick; ett ökat intresse för forskning generellt; samt expansionen av forskningsorganisationen på universiteten. En annan väsentlig betingelse för ämnenas utveckling är institutioner och avdelningar som basenheter för ämnena. Men det är inte förrän med 1968 års universitetsutredning (U68) som ett i verklig mening differentierat utbildningsutbud kom att realiseras. En tredje utvecklingslinje är integreringen av hela utbildningsväsendet och standardiseringen av utbildningsformer.

Utbildningsväsendet har också förstatligats genom skapandet av statliga tillsynspositioner samt övertagandet av lönekostnader genom en stor andel övergångar från kommunalt till statligt huvudmannaskap i en ny förvaltningsorganisation. Man kan också notera en ökad statsinterventionism, som kan knytas till en konkurrenskapitalism vars ökade internationella engagemang

har medfört att staten tagit på sig att långsiktigt planera och anpassa utbildningsutbudet samtidigt som den balanserar och undertrycker motsättningar. Denna balanskompetens utvecklades genom socialdemokratins förmåga att balansera arbetarrörelsens krav och förväntningar mot storkapitalets, vilken hade initierats på 1930-talet.[64]

För professionernas vidkommande blev huvudämnet i den högre yrkesutbildningen en viktig demarkation, då det handlar om att inhägna ett professionellt kunskapsområde som är ämnat för en viss yrkeskategori. Medicin är som nämnts tidigare ett paraplybegrepp som omfattar en mängd olika vetenskapliga ämnen som tillhör läkarens professionella kunskap. För sjuksköterskor och biomedicinska analytiker har det också handlat om att via utbildningens huvudämne avgränsa vilken typ av kunskap som är central i utbildningen och vilken typ av kunskap som man senare, genom inträde till forskarutbildning, kommer att bidra till det professionella kunskapsområdet med. För sjuksköterskorna var det omvårdnad och för de biomedicinska analytikerna var det biomedicinsk laboratorievetenskap. Avsnitten som följer ger exempel på detta.

Sjuksköterskeyrkets strategier – exkludering och usurpation

Inom det medicinska fältet finns, förutom den inre medicinska hierarkin av specialiseringar, också en hierarki mellan yrken. De tydligaste exemplen på detta är den mellan läkare och sjuksköterskor. Läkaren har även en överordnad position gentemot andra yrken inom hälso- och sjukvården, t.ex. sjukgymnaster, arbetsterapeuter och biomedicinska analytiker. I kraft av detta överordnade ansvar kan vissa arbetsuppgifter bara utföras av läkare, t.ex. att ställa diagnos och remittera till specialister. Vissa sådana uppgifter har dock försvunnit, t.ex. rätten att vara klinikchef som avskaffades i början av 1970-talet.[65]

Sjuksköterskornas situation kan förstås i termer av subordination, begränsning och utestängning.[66] Sjuksköterskorna är subordinerade i relation till läkarna, eftersom det är dessa som är medicinskt ansvariga och därmed begränsar sjuksköterskornas autonomi. Läkarna anger vad som kan göras och avgör därför sjuksköterskornas arbetsuppgifter och deras innehåll.

Sjuksköterskorna utestängs genom att de inte har erhållit tillräckliga medicinska kunskaper genom formell utbildning.[67] Med Abbotts terminologi kan man tala om att sjuksköterskeprofessionen har en underordnad jurisdiktion.[68]

På en vårdavdelning kan en sjuksköterska genom egna initiativ och eget beslutsfattande ofrivilligt inkräkta på läkarens ansvarsområde och riskera att sättas på plats av den medicinsk ansvarige läkaren. I andra situationer, t.ex. inom intensivvården, kan ett snabbt agerande och sjuksköterskans handlingskraft i stället bemötas uppskattande av den ansvarige läkaren. Beroende på arbetssituationens kontext kan olika subtila krav ställas: å ena sidan att vara expressiv och lyssnande på en vårdavdelning och å andra sidan att motsvara förväntningar på rådigt handlande i akuta situationer på en intensivvårdsavdelning. Situationen tycks aktualisera vilka kompetenser som kan/får användas.[69]

Sjuksköterskorna har i sin tur en lång historia av utestängning av undersköterskor och vårdbiträden, vilket också kan ses som en *demarkation*. Samtidigt har man från politiskt håll försökt att ”höja baskompetensen” inom vården, bland annat genom



Bild 17. En sjuksköterska går igenom patientjournaler med undersköterskor. Öppet bildarkiv, Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapet (SMHS). Licens: CC BY NC-ND

konvertering av undersköterksetjänster och vårdbiträdestjänster till sjuksköterksetjänster. Detta innebär en genväg till sjuksköterskeyrket och en minskning av den underställda personalen – vilket i sin tur förstärkt konkurrensen mellan sjuksköterskor.

För sjuksköterskorna handlar det således om en stängningsstrategi nedåt mot de underställda undersköterskorna och vårdbiträdena och en *ursurpation* uppåt mot läkarna.[70] Deras ansträngningar vid sekelskiftet 1800/1900 att bilda en elit av sjuksköterskor och utestänga andra kan ses som en lyckad strategi, nämligen att från början se till att det fanns både överordnade och underordnade positioner.

Ledningsansvar i vården som stridsfråga

Ledningsansvaret i vården har varit den fråga som tydligast belyst konkurrensrelationen mellan läkare och sjuksköterskor. Lagstiftningen har sedan 1971, då det blev möjligt för andra yrkesgrupper än läkare att kunna vara klinikchef, pendlat mellan olika positioner som gynnat läkare ibland och sjuksköterskor samt andra underordnade grupper vid andra tillfällen.

Fackliga aktörer, såsom Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund (SHSTF), som organiserade sjuksköterskor, och Läkarförbundet, kom att bli huvudkontrahenter i striden om ledningsansvarsfrågan mellan 1983 och 1990. Frågan om ledningsansvar handlade om positioneringar i förhållande till såväl medicinskt som administrativt ledningsansvar, gränsen dem emellan samt vilken yrkesgrupp som skulle få monopol på dem.[71]

I en rad utredningar under åren efter 1983 års sjukvårdslag kan man iaktta de olika försöken att lagstadga om de olika ansvaren och knyta dem till en profession. Den första utredningen (ÖVA 1) föreslog att allt ansvar, både medicinskt och administrativt, skulle hanteras enbart av läkare, under beteckningen ”samlat ledningsansvar”, då övriga yrkesgruppers ansvarsområden ansågs omöjliga att definiera. Detta var naturligtvis provocerande för de övriga yrkesgrupperna, som mobiliserade motstånd och argument.

Huvudkritiken var att detta förslag stod i motsättning mot tanken i den nya hälso- och sjukvårdslagen som ramlag. De friare vårdformerna och plattare organisation (sjukvårdens demokratisering och decentralisering) förutsätter att ett personligt yrkesansvar

betonas. Gränserna mellan detta och det medicinska och administrativa ansvaret borde klarläggas ytterligare. Dessutom var det överlag oklart hur det medicinska och administrativa ansvaret förhöll sig inbördes, vilket man tyckte borde utredas mer. Sjuksköterskorna pekade också på det faktum att deras utbildning numera var en högskoleutbildning och att hela tanken med högskolereformen var att öka kompetensen inom olika sektorer. Organisationerna borde därför följa den allmänna politiska viljan.

Läkarförbundet var inledningsvis passivt och avvaktande, men motarbetade idéerna via MBL-förhandlingar på arbetsplatsnivå avseende andra gruppers försök att anställas som klinikchefer. Deras tystnad och passivitet kan också förstås i ljuset av interna frågor. De facto hade den ökande specialiseringen medfört att en och samma vårdenhet kunde ha flera olika överläkare, alla med medicinskt ledningsansvar. Detta skapade tolkningsproblem om vem som egentligen hade det slutgiltiga ansvaret.

Nästa utredning i raden var ÖVA II från 1985. Denna handlade fortfarande till stor del om läkarna men nu även om sjuksköterskorna. Den föreslog inte så mycket nytt; däremot presenterades en kompromiss varigenom ledningsuppgifterna helt eller delvis kan åläggas någon annan än läkare. Men det skulle vara klart att det var läkaren som skulle delegera och att enheter som sysslade med diagnostik och behandling alltid skulle kräva ledning av läkare.

Sjuksköterskefacket SHSTF anförde som motargument att förslaget var otidsenligt och att man i realiteten redan hade använt sjuksköterskor som klinikföreståndare för att klara av administrativa uppgifter. Det var nu dags att dessa skulle ta en mer aktiv roll i utvecklingen av vården. År 1986 hade 35 sjuksköterskor haft uppdrag som administrativt ledningsansvariga klinikchefer (dock mest inom primärvården). Man anförde också att omvårdnadsområdet ”var alltför beroende av läkarnas välvilja”.

I motsats till läkarnas stängningsförsök använde sjuksköterskorna i sin ursurpationsstrategi i stället ett slags öppningsförsök: de ville påvisa vinsterna med öppna system eller öppningar till andra mer flexibla lösningar. I argumentationen tog man hjälp av lagtexter som påvisade den allmänna politiska viljan i samhällsutvecklingen och utredningens inkonsekvens och paradoxer,

samtidigt som man visade på den minskande kunskapsklyftan mellan läkare och sjuksköterskor.[72]

Från läkarnas sida försökte man tiga ihjäl debatten. Ledarskribenten i Läkartidningen gav en tolkning av läget som i stort sett inte nämnde sjuksköterskorna utan fokuserade på patienternas säkerhet och kvaliteten i vården. För att säkerställa dessa fordrades läkarens lednings- och ansvarskompetens. Den stora nyheten i utredningsförslaget beskrevs som att "den totala ledningen förs samman på en hand". Detta var något som Läkarförbundet skulle stödja, givet att detta ansvar skulle vikas åt läkarna, som därmed även fick vidgade karriärmöjligheter. Man hävdade också att en specialistutbildad läkare hade kompetens som ekonom, administratör och personalchef, även om man saknade annan utbildning än den medicinska.

År 1987 lyfte sjuksköterskorna fram 60 fall där klinikchefer varit sjuksköterskor. Även om Läkarförbundet inte formellt godkänt dessa blev det alltmer en realitet. Detta är ett tydligt tecken på att sjuksköterskorna hade de facto jurisdiktion på arbetsplatsnivå, utan legal jurisdiktion.

Nästa utredningsbetänkande, HULK, kom samma år, nu under ledning av Socialdepartementet i samverkan med Socialstyrelsen och Landstingsförbundet. Innehållet var i stort sett detsamma som tidigare. Sjuksköterskefacket pekade på de lösningar som faktiskt fanns, med sjuksköterskor som ledningsansvariga klinikchefer, och visade på en ny uppgift om att antalet nu var uppe i 83 fall.

Generellt sett var den fackliga aktiviteten hög hos sjuksköterskorna och massmedia användes för att påverka opinionsbildningen, en inom professionsteorin välkänd strategi för att skapa social och kulturell auktoritet. Man gjorde också ett utspel i avtalsrörelsen, där man krävde att löneskillnaden mellan sjuksköterskor och underläkare skulle halveras. Sjuksköterskornas argumentation vilade på politisk vilja om demokratisering, decentralisering och helhetssyn i vården samt ett avståndstagande till det biomedicinska paradigmets logik.

En annan linje i argumentationen var att påvisa att läkarna utnyttjade sin dominans och hur detta gick till. På det praktiska planet kunde sjuksköterskorna motarbeta ordningen genom att inte introducera och bistå nyanställda läkare utan administrativ

erfarenhet, vilket i en del fall medförde att den nyanställde läkaren försvann och sjuksköterskan kunde inta dennes plats, om läkartjänsten förblev vakant under en längre tid. Här syns ett ytterligare tecken på hur jurisdiktion på arbetsplatsnivå kan skapas.[73]

Beslutet om ledningsansvar togs i riksdagen strax före sommaren 1990. Patientsäkerhetsskäl, bedömda av huvudmannen, skulle avgöra behovet av chefsöverläkare med medicinskt och administrativt ledningsansvar. Ett s.k. samlat ansvar tyckte man inte var nödvändigt. Det slutliga beslutet var en kompromiss och striden fortsatte därför. Socialstyrelsen presenterade senare riktlinjer för vilka enheter som krävde chefsöverläkare: dessa var enheter med "primärt kliniskt ansvar". Det innebar de flesta enheter vid sjukhusen och inom primärvården. Men patientsäkerhet var svårt att definiera och några klara definitioner har heller inte kunnat hittas i de utredningar eller debatter som varit aktuella.[74]

Det medicinska kunnandet, i biomedicinsk mening, och den formella utbildningen inom området var viktiga symboliska resurser som läkarna kunde föra fram. Legitimationen och vetenskapligheten var andra viktiga symboliska resurser. Däremot blev den biomedicinska basen problematisk då dess kunskapsinnehåll inte kan omfatta rationell diagnosticering och behandling av ohälsans alla mysterier. Framförallt blir den i ljuset av den öppna vårdens verklighet, och ur ett samhällsvetenskapligt medicinskt perspektiv, svår att försvara fullt ut.

Sjuksköterskornas positioneringar bör ses som härledda ur lagtexternas och policydokumentens betoning på helhetssyn, demokratisering och decentralisering samt deras höjda kompetensnivå. Arbetsorganisationen inom vården är ett medel för att förverkliga en sådan politisk vilja. Deras position står därmed i opposition till läkarnas positioneringar om den i lagen omnämnda patientsäkerhetens koppling till ledningsansvaret, vilken härleds ur deras lagstadgade legitimation, den vetenskapliga grund de erhållit genom lång utbildning samt deras lämplighet som ledare inom arbetsorganisationen.

Läkarna kunde således med hjälp av lagstiftningens texter hävda sin rätt till överordning, men hade i gengäld en smalare politisk idébas att argumentera från. Detta innebär att läkarna kunde betraktas som exkluderande, revirbevakande

och konservativa i relation till vårdens fortsatta utveckling i ett modernt samhälle, jämfört med de progressiva sjuksköterskorna. Även det biomedicinska paradigmet tappade alltmer i symboliskt värde, samhällspolitiskt sett.

Omvårdnad som eget professionellt kunskapsområde

Innan sjuksköterskeutbildningen blev en del av högskolan 1977 var det vanligt att det var undersköterskor och vårdbiträden som hade hand om det nära omsorgsarbetet, s.k. ”bedside-vård”. Men efter det att omvårdnadsämnet tillkom som huvudämne i den nya utbildningen, och krav ställdes på forskningsanknytning, kunde ett ökat intresse för just omsorgsarbete iakttas.

Med den nya sjuksköterskeutbildningen fick sjuksköterskorna kompetens att planera, utföra, följa upp och dokumentera omvårdnaden av patienterna. Steget till forskning kan sägas ha förkortats och möjligheten att göra karriär inom omvårdnadsområdet blev en realitet. Därmed blev omvårdnadsarbetet intressant att återta. Att sjuksköterskans arbete alltmer försiggår utanför expeditionen gör också att kontrollen av det konkreta arbetet förstärks. Här blir konkurrensen med och hotet från undersköterskornas och vårdbiträdenas anspråk tydlig.[75]

Sjuksköterskornas ökande intresse för omvårdnadsområdet kan ur professionsteoretiskt perspektiv ses som ett försök att få kontroll över det abstrakta kunskapssystem som legitimerar den specifika praktiken, dvs. omvårdnad, samt som investeringar i ett eget kunskapsområde. Detta blev synligt i sjuksköterskornas utbildningsdiskurs.[76]

Samma år som den nya hälso- och sjukvårdslagen tillkom (1982) startade den nya sjuksköterskeutbildningen, nu under namnet ”Allmän hälso- och sjukvårdslinje” med mycket tankegods från utredningen Vård 77. Inom högskolan blev omvårdnad det nya huvudämnet. Vård 77-reformen som sjösattes 1982 medförde att innehållet kom att förskjutas från 1960-talets medicinsk-tekniska inriktning till en hälsoideologisk, omvårdnadsinriktad utbildning med individen i centrum.[77]

Relativt snabbt efter starten av den förnyade sjuksköterskeutbildningen kom 1993 en ny utbildning, bestående av 120 poäng, som betonade akademiska kunskaper och var forskningsförberedande.

Från 2001 blev det möjligt att ta specialistsjuksköterskeexamen. Betoningen på akademiska kunskaper å ena sidan och yrkesmässiga kunskaper å andra sidan bildade dock en grund för motsättningar inom sjuksköterskekåren.[78]

Ungefär samtidigt började det landstingskommunala huvudmannaskapet att ifrågasättas i huvudmannautredningen. Ett par år senare knöts avtal mellan landstingen och staten, vilket innebar att sju vårdhögskoleutbildningar knöts till den statliga högskolan.[79] De positiva erfarenheterna medförde en gradvis överföring av fler vårdutbildningar till ett slutligt beslut om ett statligt huvudmannaskap.[80]

Ur ett professionaliseringsperspektiv kan sjuksköterskornas vetenskapliggörande av ämnet omvårdnad ses ha två funktioner, dels som en *demarkation* mot en tidigare period då kunskapen varit ”tyst”, dels som en demarkation mot näraliggande yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. I detta vetenskapliggörande finns två dimensioner; en kognitiv och en social legitimeringsaspekt.

Den sociala aspekten handlar om att utse en social grupp som kan ha nytta av den kunskap man producerar, vilket är relativt enkelt inom välfärdstjänstearbete. Den kognitiva aspekten innebär att man utvecklar en motivering av varför en ny sorts kunskap behövs och utvecklar argument för gränsdragning mellan den nya kunskapens innehåll och andra vetenskapliga ämnen. För sjuksköterskornas del handlade det om att dra gränsen mellan ”curing” och ”caring” genom en *disciplinär demarkation*.

Men det fanns även ideologiska skäl för att ta avstånd från det tidigare så viktiga medicinska tekniska innehållet i riktning mot det nya holistiska tänkandet där patienten sattes i centrum. Diskursen om sjuksköterskeforskning fick filosofiska undertoner och i det antipositivistiska klimatet blev det hermeneutiken som kunde legitimera brytningen med det naturvetenskapliga positivistiska tänkandet.

Som ideologi fungerar omvårdnadsforskning som en professionaliseringsstrategi i form av studier kring sjuksköterskans etos, men som vetenskap liknar den en uppsättning nödvändiga kompetenser för utövandet av övervakande och omvårdande uppgifter i den moderna hälso- och sjukvården. Utmaningen ligger i att skilja vetenskapen från ideologin.[81]

Laboratoriebiträden och laboratorieassistenter blir biomedicinska analytiker

Laboratorieassistenter som hade sitt ursprung i yrken som tekniskt biträde, laborationsbiträde eller preparator fick en enhetlig titel 1962. På samma sätt som sjuksköterskornas utbildning, blev den nya biomedicinska analytikerutbildningen inordnad i högskolan i samband med högskolereformen 1977. Samtidigt gjordes utbildningarna för alla specialiteter lika långa, då fem terminer. Vård 77-reformen omfattade också den biomedicinska analytikerutbildningen och 1982 förkortades den till 90 poäng.[82]

Efter 1993 års högskolereform startade en treårig generalistutbildning (specialiteterna togs bort) och från 1999 fanns det en särskild yrkesexamen, biomedicinsk analytiker. I samband med det blev detta också en skyddad yrkestitel, en värdefull professionssymbol. I likhet med sjuksköterskeutbildningen skulle utbildningen ha ett huvudämne och den skulle bereda väg till forskning. Ett samspel mellan grundläggande högskoleutbildning och forskning/forskarutbildning, så kallad forskningsanknytning, skulle komma till stånd inom hela högskolan.[83]

Huvudämnet blev biomedicinsk laboratorievetenskap, vilken innehöll både teoretisk och praktisk laborativ utbildning och det blev möjligt att ta kandidat- och magisterexamen i ämnet. Med överbryggande kurser på 1 till 1½ år kunde de med äldre utbildning senare komma in på forskarutbildning. Huvudämnet beskrevs som en tvärvetenskap men med fokus på läran om metoder för analys av biologiska material och biologiska funktioner.[84]

År 1995 byttes yrkestiteln till biomedicinska analytiker. Institutet för biomedicinsk laboratorievetenskap (IBL) bildades 1995, med ursprung i Svenska laboratorieassistentföreningen (SLF) som i sin tur uppstått genom sammanslagningen i början av 1960-talet av två föreningar för laboratorieassistenter. År 1993 hade man utarbetat internationella etiska riktlinjer och tre år senare arbetade man fram nationella etiska riktlinjer. Ett erkännande av yrket hade skett redan 1980, då Socialstyrelsen angav rekommendationer om kompetenskrav och vilken utbildning som var lämplig för att få arbete som laboratorieassistent.



Bild 18. Laboratorieassistent vid forskningslaboratorium, 1987. Öppet bildarkiv, Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapet (SMHS). Licens: CC BY NC-ND

Samma typ av professionaliseringsprocess som sjuksköterskorna gick igenom kan iakttas hos de biomedicinska analytikerna och deras ämnesföreträdare. Men för de biomedicinska analytikerna gick det med rekordfart. Ett omfattande konsensusarbete startade i och med den nya utbildningsordningen och man sökte bland utbildningsprogrammens innehållsbeskrivningar efter ämnets ”kärna”. Laboratoriemetodiken var central, men hur skulle den kunna urskiljas från andra likartade metodiker?

Det nya ämnet skulle också forskningsanknytas och innan man fick ”egna” doktorer hämtade man kunskapsgods från de stödjande biämnena (humanbiologi, naturvetenskap, teknik och beteendevetenskap). Det fanns också biomedicinska analytiker som disputerat inom biämnena redan på 1980-talet och som fortsatte att forska inom dessa ämnen. En viktig strategi är härvid också att man definierar yrkesgruppen genom att skriva dess historia, vilket skedde för första gången 1994 i samband med den nya utbildningens start.[85]

Dessa strategier kan beskrivas i termer av kognitiv legitimering, där man skapar en motivering av varför en ny sorts kunskap behövs och utvecklar argument för gränsdragningarna mellan det nya ämnet och redan existerande ämnen. Social legitimering handlar å andra sidan om att identifiera nyttan med kunskaperna och

vilken social grupp de i så fall främst kan tjäna.[86] Formuleringar som ”från cell till hela människan” och ”patienten i centrum” och ”hela vårdkedjan” användes i denna sociala legitimeringsprocess – formuleringar som känns igen från sjuksköterskornas professionaliseringsprojekt inom hälso- och sjukvården liksom från välfärdspolitisk retorik.

Konklusion – Det professionella medicinska fältets transformationer

Genom denna exposé om det professionella medicinska fältets framväxt i Sverige och en handfull av dess yrken har professionernas uppsving, glansdagar och tillbakagång skisserats, dock med breda penseldrag. Analysen har rört sig kring utvecklingen av ett specifikt medicinskt fält som grundar sig på biomedicinen. Det är framför allt det specifika kunskapsinnehållet som fungerat som en legitimerande resurs i professionaliseringssträvanden och anspråk på jurisdiktion.

Förändringar i sättet att se på sjukdom har beskrivits som två kvalitativa språng för läkarna, som med detta utvecklat ett professionellt kunskapsområde och ett abstrakt kunskapssystem. Där har den biomedicinska nosologin fungerat som en kognitiv karta över deras *heartland* – dvs. ett uppgiftsområde som relateras till biomedicinsk vetenskap, där läkarna hade absolut kontroll och som var reglerat rättsligt. Medicinen har på så sätt, med Abbotts terminologi, en kompakt inre kunskapskärna.[87] Dock uppvisar den interna sociala strukturen, och framförallt differentieringen i olika specialiteter, tecken på en försvagning av professionen till fördel för nya subläkarkårer som baseras på specialiteterna.

För sjuksköterskornas del har det handlat om att utvidga sin jurisdiktion gentemot läkarna vilket medfört interprofessionella strider. Men demarkationsstrategier har också använts gentemot undersköterskor och vårdbiträden. Genom sjuksköterskornas möjlighet till specialistexamen med skyddad yrkestitel från 2001 har även deras inre differentiering startats, troligen med nya demarkationer som följd.[88]

Ur den sparsamt tillgängliga litteraturen kring de biomedicinska analytikerna kan man dra slutsatsen att de har en nära nog

konfliktfri historia, vilket möjligen kan bero på att de startat sin professionalisering mycket senare än de två övriga professionerna. Men det kan också ha att göra med att de ännu inte upplevts som konkurrerande utan komplementära i den biomedicinska medicinen och i det professionella medicinska fältet.

Professionaliseringsprocessen i det medicinska fältet, där de tre professionerna ingår, har analyserats i relation till det framväxande och differentierade hälso- och sjukvårdsystemet samt till en framväxande statsadministration och välfärdsstat. De sociala, politiska, tekniska och ekonomiska aspekterna formar en väv av betingelser för framväxten av det medicinska fältet som helhet, men också differentierande villkor för olika förgreningar där somliga var mer framgångsrika än andra: t.ex. kan socialmedicinens tillkortakommanden jämföras med biomedicinens, dvs. den hegemoniska medicinens, styrka.

Historiskt har en framgångsrik elitär organisering skett kring fenomen som är lätta att bota/göra något åt effektivt (slutenvårdens akutmodell), vilka tränger undan diffusa, långvariga ohälsofenomen (öppenvården och prevention).[89] Analysen har visat betydelsen av organisatoriska traditioner som guidat politiska investeringar och utbyggnaden av hälso- och sjukvården. En tidig och snabb organisatorisk utbyggnad som följde akutvårdslogiken har varit en konsoliderande faktor för den legitima medicinen, dvs. det vi idag kallar för det biomedicinska paradigmet.

Att det skapades ett paradigm fungerade också konsoliderande för fältet och särskilt för läkarprofessionen och senare de biomedicinska analytikerna. De organisatoriska förutsättningarna och det nya paradigmet skapade en lyckad kombination av sociala och kognitiva faktorer vilket underlättade vägen till legal och kulturell jurisdiktion.

Inom den sociala strukturen hos den medicinska professionen har vi kunnat rekonstruera en kedja av transformationer bestående av konstituerande händelser och amalgameringar, dvs. vetenskapliga sällskap, facklig mobilisering, enhetliggörande av kåren och utbildningen. Läkarna fick även tidigt en stark övervakande funktion i fältet, vilket hjälpte dem att effektivt hävda jurisdiktioner, både legalt och kulturellt.

Samma typ av amalgamerande strategier kan iakttas hos sjuksköterskorna i början av 1900-talet och hos laborationsassistenterna drygt ett halvt sekel senare. Det politiska och mobiliserande arbetet med att enhetliggöra kårerna var identitetsformerande. Att betona kallet och att inte lyfta fram traditionellt fackliga frågor som löner, arbetsvillkor m.m. var viktigt, liksom att visa på pionjärernas arbete och sociala bakgrund.

Interaktionen mellan expansion av hälso- och sjukvårdssystemet (ökat antal institutioner, tjänster, utbyggnad av utbildningarna) och senare rationaliseringsaktiviteter samt parallellt professionaliseringsarbete (kamp om hegemonin samt uniformerande processer) skapade olika villkor för de olika yrkesgrupperna och undergrupper inom dessa.

De legitimerande resurserna i form av professionell kunskap är beroende av den interna kognitiva styrkan i de abstrakta kunskapssystemen och dess förmåga att länka denna kunskap till effektiva interventioner. Den neoliberala vågens tudelade retorik om individuell valfrihet/konsumism kontra detaljstyrning, och hälso- och sjukvårdens nya styrformer som kommit i dess kölvatten, har fört med sig attacker mot den professionella medicinska kunskapen och läkarprofessionens jurisdiktioner. För andra länders läkarkårer har den ökade byråkratiseringen kommit som en *ny form av organisering* därför att läkarkåren där snarare utgjorts av privatpraktiserande läkare på en marknad. Förutsättningarna är däremot annorlunda för de professioner som helt skapats i en byråkratisk logik, som t.ex. lärare, socialarbetare och ingenjörer.[90] Den svenska läkarkåren, som haft en mycket nära koppling till den framväxande välfärdsstaten, har en svag ingångsposition i förhållande till ökande byråkratisering, därför att de redan varit så nära staten.[91]

När vi nu stannar upp i den sista fasen av bokens analys kan vi konstatera att det var här ”pendeln” slog i botten i fråga om decentraliseringen. Därefter har pendeln börjat svänga tillbaka igen, mot centralisering och omdefiniering av de regler som garanterar befolkningen rätt till lika vård. Tiden kring millenniumskiftet kom att präglas av pendelns rörelse mot centralisering och rationalisering av det fragmentiserade och splittrade hälso- och sjukvårdsystemet.[92]

Noter kapitel 5

1. Lannerheim 1994 s. 17.

2. Detta beskrivs 1972 i en rapport från SPRI (Hälso- och sjukvårdens samt socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut).

3. Palier 2006, s. 4.

4. Gustafsson 1987, s 397, 400–407. Utredningarna var SOU 1951:17 samt SOU 1955:12.

5. Sundin 2005, s. 426.

6. Palier 2006, s. 10–14. "Sjukronorsreformen" fick sitt namn efter den patientavgift som skulle gälla för besök vid öppenvård.

7. Schöldström 2003, s. 29, 39.

8. Ibid.

9. SOU 1970:34.

10. Einarsdottir 1997, s. 84ff; Carder och Klingeberg 1980, s. 161, 168ff.

11. Einarsdottir 1997, s. 79–81.

12. SOU 1971:68, s. 9, 30, 46, 134–143. SYLF 1986, s. 12–13.

13. Den föreslagna studieordningen genomfördes 1969. SFS 1969: 330; SOU 1971:68, s. 17.

14. Einarsdottir 1997, s. 82.

15. Ibid., s. 90.

16. Ibid., s. 79–84.

17. Ibid., s 73–76.

18. Ibid., s. 108–109.

19. Ibid., s. 84ff, 109.

20. Abbott 1988, s. 146ff.

21. Se vidare Ibid., s. 146–149, om kommodifiering av professionell kunskap.

22. SFS 1982:763.

23. Hasselbladh och Bejerot 2008, s. 18.

24. Gustafsson 1987, s. 397.

25. Hasselbladh 2008, s. 45–53.

26. Bejerot och Hasselbladh 2003, s. 110–111, 107.

27. Hasselbladh 2008, s. 45–53.

28. Blomqvist 2004; Palier 2006, s. 63.

29. Palier 2006, s. 68.

30. Abbott 1988, s. 99, 104.

31. Ibid.

32. Ibid., s. 40–41, 59.

33. Ibid., s. 60, 105, 107, 239. Se även Carlhed 2011, s. 293.

34. Weisz 2003.

35. Gelfand 1976.

36. Ghalioungui 1969, i Weisz 2003.

37. Weisz 2003.

38. Ibid. 2003, s. 554.

39. Abbott 1988, s. 143ff.

40. Ibid., s. 122.

41. Bjurulf och Swahn 1980, s. 84, 96.

42. Weisz 2006.

43. Einarsdottir 1997, s. 154ff.

44. Torgerdur Einarsdottir arbetade med en modifierad indelning av specialiteterna: allmänmedicin (distriktsläkare), anestesiologi, barnmedicin (pediatrik), gynekologi, invärtesmedicin (manstät medicin med mellanstatus), laboratoriespecialiteter och kirurgi, invärtesmedicin (kvinnotät medicin med mellanstatus), kirurgi, långvård (geriatrik), psykiatri. Ibid., s. 113, 165–167, 268–270.

45. Ibid.

46. Klinisk fysiologi, klinisk farmakologi, klinisk näringslära, klinisk neurofysiologi, klinisk virologi, klinisk immunologi, klinisk bakteriologi. Ibid., s. 117–118.

47. Ibid.

48. Ibid.

49. Ibid., s. 275–279.

50. Ibid.

51. Album och Westin 2008, s. 182.

52. Orban 1992, i Einarsdottir 1997, s. 220–221.

53. Gustafsson 1987, s. 329–333, 354–355.

54. Carlhed 2007, s. 97ff.

55. Einarsdottir 1997, s. 195, 222–223.

56. Ibid., s. 195; Carlhed 2007, s. 295ff.

57. Abbott 1988, s. 118.

58. Einarsdottir 1997, s. 275–279.

59. Janlert 2009, s. 404, 406.

60. SOU 1970:34

61. *Colligation* i Andrew Abbotts terminologi, se Abbott 1988, s. 41.

62. Ibid., s 35–58.

63. Svensson 1980, s. 13, 34–38, 65. Se även Agevall och Olofsson 2019.

64. Ibid.

65. Gustafsson 1987, s. 296.

66. Turner 1987.

67. Lannerheim 1994, s. 37.

68. Abbott 1988, s. 59ff.

69. Lannerheim 1994, s. 37.

70. Ibid., s. 40, 42.

71. Ibid., s. 66–75.

72. Ibid.

73. Abbott 1988, s. 59ff.

74. Lannerheim 1994, s. 75–77; Abbott 1988, s. 60.

75. Lannerheim 1994, s. 40, 42; SOU 1984:50; SOU 1986:14.

76. Se vidare Rehn 2008, s. 220ff.

77. Bisholt 2009, s. 15–16. Se även Agevall och Olofsson 2019, s. 124ff.

78. Erlöv och Petersson 1998, s. 91–94, 114–116; SOU 1978:50. *Ny vårdutbildning: betänkande av Utredningen om vissa vårdutbildningar inom högskolan (Vård 77).*

79. Öhlund och Carlhed 1997.

80. Prop. 2000/01:71; Prop. 2001/02:15.

81. Elzinga 1990, s. 151; se även Petersen 1999 om ”sygeplejevidenskab” som myt i Danmark.

82. Persson och Wilhelmsson 2008, s. 17–19, 83–106.

83. Se även Agevall och Olofsson 2019, s. 124ff.

84. Högskolereformen 1993, se SFS 1993:100.

85. Persson och Wilhelmsson 2008, s. 21–23.

86. Elzinga 1990, s. 151.

87. Abbott 1988, s 105.

88. Högskoleverket 2010.

89. Gustafsson 1987, s. 126, 329–333, 352–355.

90. Abbott 1988, s. 150. Det gäller en rad svenska professioner i fält som social reglering eller skolväsendet, se Svensson och Åström 2013, 2019; Nilsson-Lindström och Beach 2013, 2019.

91. Se även Palier 2006, s. 10–14.

92. Ibid., s. 68.

6. Epilog

Uppsummering

Boken har visat hur ett medicinskt fält uppkommit över en lång tidsperiod, från medeltid till 1990-tal. I analysen har den svenska statens framväxt (ekonomin/politiken/byråkratin) beaktats, så även fältets sociala och kulturella grundstruktur, dess kognitiva bas och relationen till vetenskapen samt framväxten av organisationer och institutioner som institutionella baser för professionerna.

I början relaterades utvecklingen till den svenska nationalstatens tillblivelse för att i de senare kapitlen relateras till industrialismens olika faser, välfärdsstatens framväxt och skiftet till den nyliberala staten. Professionaliseringen av medicinen kontextualiserades i relation till den rådande statstrukturen och organiseringen av hälso- och sjukvården. Kopplingen till statsutvecklingen visade hur externa krafter samspelat med interna krafter i form av allianser som skapats i olika sammanhang i den statliga ekologin och i de professionella ekologierna. Processerna öppnade och stängde möjligheter till jurisdiktioner för professionerna och för fältet.

I den professionsteoretiska analysen har utvecklingen periodiserats i fyra faser. I den första fasen (1600–1850-tal) skildrades den pre-professionella eran där fältet formerades. Betingelserna för det medicinska fältets tillblivelse hade att göra med den framväxande nationalstatens behov av att kontrollera och reglera befolkningen. Den medicinska yrkesaktiviteten i början av den här perioden var

How to cite this book chapter:
Carlhed Ydhag, C. 2020. *Uppkomsten av ett professionellt medicinskt fält. Läkares, sjuksköterskors och laboratorieassistenters formering*. Pp. 189–205. Stockholm: Stockholm University Press. DOI: https://doi.org/10.16993/bbc.f

oordnad, heterogen och decentraliserad, men som med tiden reglerades och centraliserades. En viktig händelse för att vinna kulturella legitimitet var att uppvisa enhet, dvs. demonstrera att det handlar om en enda yrkesgrupp och inte flera. Inkorporeringen av kirurgerna till läkaryrket var en sådan lyckad strategi. Att sedan enhetligöra läkarutbildningen var nästa steg. Genom att de vetenskapligt skolade läkarna befann sig nära centralmakten fick de i uppgift att övervaka och definiera villkoren för vilka som hade rätt att utöva medicinsk verksamhet. Detta skedde i medicinarkollegiet Collegium Medicum Regium som var en *avatar*, en miniatyr av den medicinska professionen, och samtidigt en del av staten.

Ett kognitivt skifte skedde i medicinens kunskapsgrundlag. Man riktade den kliniska blicken mot kroppens inre och kunde skapa en ny kognitiv karta för läkarprofessionen – ett första kvalitativt språng. Utvecklingen av medicinen till en positiv vetenskap, med observerbara fenomen i organ och kroppsvätskor, underlättade trovärdigheten hos medicinarnas anspråk på att kunna klassificera ett problem, resonera kring det, förklara det samt agera utifrån det. Läkarprofessionens konsolidering skedde i tre steg: först kontroll över andra praktiskt arbetande inom vård och läkekonst, därefter konsolidering av ställningen som ett regelrätt ämbetsverk och slutligen en i modern mening effektiv teori och praktik.

Den andra fasen (1860–1920-tal) framställer hur fältet konstitueras och konsolideras. Läkarprofessionen kunde genom ett andra kvalitativt eller kognitivt språng utveckla en robust kunskapskärna, ett *heartland*. Analysen visar hur både den kognitiva basen i form av den robusta kunskapskärnan och den sociala organiseringen hör samman med hur läkarprofessionen kan hävda ensamrätt och legal legitimitet av vissa arbetsuppgifter. En av orsakerna till detta var det biomedicinska paradigmets genombrott. Fokuseringen på sjukdomar, deras biomedicinska orsaker och bot blev praktikens kärna.

Den snabba expansionen av sluten vård, lasarett och laboratorier skapade ett ökat behov av utbyggnad av tjänster och/eller utbildning av läkare, sjuksköterskor och laboratorieassistenter – ett första kvantitativt språng för fältet. Under perioden ökar aktiviteter som har att göra med professionaliseringssträvanden

för dessa yrken. Professionernas aktiviteter under den här perioden handlade om kollektivt identitetsskapande och rent facklig mobilisering. Bland annat skapades en allmän läkarförening och en egen tidskrift. Sjuksköterskorna organiserade sig i ett flertal fackliga organisationer. Det förekom gränsdragningar i professionaliseringsstrategierna t.ex. skapandet av en elit bland sjuksköterskorna och gränsdragning dels nedåt i hierarkin mot sjukvårdsbiträdena. Det rådde en hierarkisk ordning av jurisdiktioner, läkarna över sjuksköterskorna samt sjuksköterskorna över undersköterskorna och sjukvårdsbiträdena.

Ett socialt och kulturellt legitimeringsarbete hade bildat en myt om att det nu fanns ett enda medicinskt förklaringssystem, en enda hälso- och sjukvård, en enda läkarkår samt en enda sjuksköterskekår. Lasaretten blev biomedicinens och kroppsmedicinens institutionella bas och kommunerna eller menigheterna blev socialmedicinens eller samhällsmedicinens institutionella bas. Den öppna vården, som var institutionellt säte för samhällsmedicinen, kom så småningom mer eller mindre att överges av den centrala hälso- och sjukvårdspolitiken, till förmån för slutenvården, där eliten, de biomedicinskt orienterade lasarettsläkarna, och dess *heartland* kunde realiseras.

Den tredje fasen (1930–1960-tal) redogör för hur det medicinska fältets gyllene era etablerades och stabiliserades. Fältet professionaliseras. Under den här perioden skedde en rad parallella processer som var paradoxala i sin natur och som drev fram en rad konsekvenser för fältet. Det var en kraftig expansion av hälso- och sjukvårdsystemet och av en rad yrken inom hälso- och sjukvården (ett andra kvantitativt språng), samtidigt som rationaliseringsrörelsen skulle optimera hälso- och sjukvårdssystemet. Trycket av expansionen och av den samtidiga optimeringen av vissa av hälso- och sjukvårdens funktioner och uppgiftsområden förstärkte läkarnas och även sjuksköterskornas jurisdiktion. Dessa två jurisdiktioner befann sig i ett hierarkiskt förhållande som också innebar ett slags ömsesidigt beroende.

Samtidigt skedde uniformerande processer i form av sammanslagningar av utbildningar och yrkeskårer, vilket underlättade erkännandet av dessa yrken på den publika och legala nivån. Genom att samla diverse praktiker under samma beteckning

åstadkom man en vision av enhet. Heterogeniteten i praktikerna utgjorde samtidigt också en grundbetingelse för intern differentiering, dvs. specialisering. Men konsekvenserna av en horisontell specialisering, där t.ex. laboratoriemedicinen utvecklas som egen specialitet, fick läkarna minskad möjlighet att själva ha kontroll över alla moment i diagnosticeringen, vilket försvagar deras *image* av integrator av teori och praktik, som är central för att kunna hävda att den professionella kunskapen bara kan hanteras av läkaren, t.ex. att ställa diagnos och föreslå behandling.

Alltsedan 1960-talet och den gyllene eran har en del förändringar skett som beskrivits och analyserats i den fjärde fasen (1970–1990-tal). En rad faktorer påverkade hälso- och sjukvårdens utveckling, så som det förändrade konjunkturläget och New Public Management (NPM). Det blev en vändpunkt för hälso- och sjukvårdens expansion. Samhällsekonomiskt kom de två lågkonjunkturerna på 1970- och 1990-talet att drabba hälso- och sjukvården hårt och verksamhetsnedskärningar var nödvändiga. Läkaryrket förvandlades från profession till tjänsteman och fältets professionalism transformerades. Myndigheterna fick allt mer inflytande över läkarkåren, dess bemanning och planering.

Professionernas generella inflytande och gyllene år kan sägas höra ihop med uppbyggnaden av välfärdsstatens sektorer. När strukturen sedan är lagd och utbyggd underordnas professionerna den generella välfärdspolitikens vilja till likvärdighet och rätt till lika vård. Detta har skett i form av å ena sidan resursutjämning och å andra sidan prioriteringar av vårdinsatser, paradoxalt nog under en politik som kännetecknas av att patienten står i centrum, fria vårdval och högteknologisk specialistvård. Under den här tiden förändras läkarkåren och sjuksköterskekåren till kvantitativa basresurser i hälso- och sjukvården, och det ligger inte längre något exklusivt i att vara en profession.

Den interna sociala strukturen och framförallt differentieringen i specialiteter visar tecken på att bidra till en försvagning av professionen och istället ge uttryck för nya professioner som baseras på specialiteterna. Läkarprofessionens priviligierade position tycks stå inför en rad olika utmaningar, bl.a. rätten till förskrivning och diagnosticering samt makten över framtidens medicinska experter och hur de reproduceras. Jurisdiktionella attacker sker

underifrån av sjuksköterskorna och från sidan via disputerade biomedicinare. För sjuksköterskornas del har det handlat om att utvidga sin jurisdiktion gentemot läkarna vilket medfört interprofessionella strider. Men de har också använt exkluderingsstrategier gentemot undersköterskor och vårdbiträden. De biomedicinska analytikerna tycks ha en relativt konfliktfri historia, vilket kan möjligen bero på att de startat sin professionalisering mycket senare än de två övriga professionerna, men kan också ha att göra med att de inte upplevts som konkurrerande utan komplementära i det medicinska fältet, i alla fall hittills.

Avslutningsvis vill jag lyfta fram ett par teman som har sin grund i det som skrivits hittills men som rör den mer nutida situationen inom fältet. Dessa teman har genom arbetet utkristalliserats som potentiellt utmanande för det medicinska fältet samt professioner jag berört. Dessa teman kräver ytterligare analys. De kan med andra ord betraktas som angelägna kunskapsluckor att fylla i framtida forskning.

Standardiseringens och nya styrformers utmaning för de medicinska professionerna

I det tidigare avsnittet om New Public Management (NPM) beskrevs begynnelsen till det breda förändringsprogram som genomfördes inom offentlig sektor i början av 1980-talet och som marknadsfördes som ett naturligt led i en modernisering av bl.a. hälso- och sjukvården. Vid slutet av 1980-talet fick dessa program en alltmer ekonomisk prägel i sin syn på effektivitet och det starka ekonomiska rationaliseringsintresset kopplades samman med ett nytt sätt att se på såväl metoder som relationer mellan politiker, tjänstemän och medborgare.

Detta nya sätt handlade om att den offentliga sektorn skulle befrias från sina orörliga strukturer och gamla traditioner. I stället skulle offentlig verksamhet präglas av ständiga förbättringar, vilket också innebar ständiga förändringar. En rad centrala aktörer bidrog till att denna vision kunde realiseras: expertgruppen ESO på finansdepartementet, Landstingsförbundet, Kommunförbundet, Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (SPRI), det nya Civildepartementet och Socialstyrelsen.[1]

Inom näringslivet pågick en parallell process där Industriförbundet och Studieförbundet Näringsliv och Samhälle (SNS) riktade in sig på kommersialisering av den offentliga sektorn, då i första hand vård och omsorg. Logiken från NPM passade särskilt väl in med ett kundorienterat förhållningssätt, Total Quality Management (TQM), vilket omsattes i styrmodeller som t.ex. Beställar- utförarmodellen (BUM) och ekonomistyrningsmodeller med standarder för kalkylering inom sjukvården. Sedan 1990-tal är denna vision av ständig förbättring och förändring förankrad hos politiker och ledande tjänstemän tillsammans med idén att förbättrade resultat kan nås utan extra resurser eller att samma prestationer kan nås med neddragna resurser. Samtidigt premieras en viss kunskapsproduktion där förmågan att klassificera, mäta och värdera aktiviteter demonstreras. Verksamheternas innehåll blir därmed inte längre lika intressant, vilket hade till följd att de professionellas egna utvärderings- och uppföljningsaktiviteter marginaliserades.[2]

Ett exempel på en aktör som kom i kölvattnet av förändringen av hälso- och sjukvårdens styrning var Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) som bildades 1997. Syftet var att bygga upp ett nationellt system för identifiering och tidig bedömning av nya metoder. De viktigaste målgrupperna var politiker, ledande tjänstemän och personer i beslutsställning. Det är också SBU som fört ut och etablerat begreppet evidensbaserad medicin.

En annan aktör i standardiseringsrörelsen var Styrelsen för ackreditering och teknisk kontroll (SWEDAC), en statlig myndighet som arbetade för att varor och tjänster skulle vara säkra och tillförlitliga inom en stor mängd områden. Standardiseringssträvandena inom t.ex. laboratoriemedicin skedde via Kvalitets- och standardiseringskommittén (KVAST), som drivs av läkarnas specialistföreningar i klinisk patologi och cytologi, vilka tar fram dokument för standardisering av prover och diagnostik för vanligt förekommande sjukdomar. SWEDAC ackrediterar sedan svenska laboratorier inom klinisk patologi.

Ytterligare en aktör är Extern kvalitetssäkring inom laboratoriemedicin i Sverige (EQALIS) som är ett registrerat aktiebolag med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Institutet för Biomedicinsk Laboratorievetenskap och Svenska Läkaresällskapet

som ägare. Detta ökade intresse för att standardisera och underlätta beslutsfattande inom hälso- och sjukvården har också fått konsekvenser för de medicinska professionernas autonomi.

Professionerna behöver erkännande från samhället av den kognitiva struktur (specifik professionell kunskap) som det professionella arbetet bygger på, samt erkännande att de är just den specifika profession som har tillgång till den, och kan förstå och omvandla kunskap till effektiv handling. Det finns en fördel i att hålla denna kunskap för sig själv eftersom detta stärker exklusiviteten och nödvändigheten av professionens uttolkningar.[3] Men om obehöriga får insyn i och tillgång till den professionella kunskapen minskar professionens värde.

Insyn i den professionella kunskapen – evidensbaserad medicin

Standardisering för bedömning och beslutsfattande har kopplingar till evidensrörelsen och införandet av evidensbaserad medicin (EBM) sedan 1990-talets början. Grundtanken bygger på att den vård som bedrivs är underbyggd av den mest tillförlitliga vetenskapliga kunskap som finns tillgänglig. Det har dock visat sig att införandet är komplicerat och faller tillbaka på klassiska vetenskaps- och kunskapsteoretiska frågor som huruvida det överhuvudtaget går att förlita sig på att en vetenskaplig metod är mer sann än någon annan, och huruvida det är möjligt att föra över resultat från en situation med specifik kontext till en annan, samt betydelsen av professionellt omdöme i själva tillämpningen av vetenskaplig kunskap.[4]

Den snabba och omfattande etableringen av evidensbaserad medicin, som sträcker sig långt utanför de kliniska sammanhangen, kan förklaras av att tankegodset sammanfaller väl med andra starka idéströmningar, t ex. kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvård och annan offentlig verksamhet, de insatser som görs för att motverka lokala variationer i myndighetsutövning samt den allt mer utbredda utvärderingen och uppföljningen av offentligt finansierad verksamhet, som baseras på kunskapsöversikter och dokumentationer av åtgärder. Termer som används för att beteckna denna aktivitet är evidensbaserad praktik eller

evidensbaserade metoder och när metoden tillämpas inom politikens eller det högre beslutfattandets domän har termen blivit evidensbaserad politik (*evidence based policy*).

I tillämpningen av EBM handlar det om en konflikt mellan strikta metodregler och lokala eller praktiska överväganden av t.ex. professionerna. I förlängningen handlar det också om hur evidens används av olika intressenter. Från t.ex. läkarprofessionen kan man hävda en viss typ av behandlingar behöver införas med hänvisning till evidens inom området. Samtidigt kan landstingsledningen också hänvisa till evidens, men gör en prioritering och kan välja att fördröja dessa behandlingsmetoder med hänvisning till konsekvenser av införandet i fråga om behov av stora ekonomiska och personella resurser, för att därefter nedprioritera införandet. I andra fall, om initiativet till att använda evidens kommer uppifrån, från den administrativa ledningen, t.ex. i fråga om användandet av centralt utformade riktlinjer, kan detta kollidera med de professionella, som i sin tur efterlyser studier som ger användbara resultat och vill ägna tid till att gå igenom tillgänglig forskning.[5]

De nationella kvalitetsregistren och nationella riktlinjer för vissa diagnoser är ytterligare exempel på hur evidens hanteras och transformeras beroende på vilken aktör som tar initiativ och vilken som har makt att bestämma hur evidensen ska användas. De nationella kvalitetsregistren var från början professionella verktyg som initierats av läkarprofessionen men som transformerats till styrningsinstrument. Kvalitetsregistren finansierades i början av Medicinska forskningsrådet men detta upphörde i slutet av 1980-talet och staten gick in och tog över ansvaret för finansieringen. Socialstyrelsen fick det övergripande administrativa ansvaret men registren tillhörde formellt sjukvårdshuvudmännen. Ett krav för att få finansiering var att registren levererade resultat och information om täckningsgrad, hur man arbetat med att förbättra registren m.m. Denna redovisning skulle göras begriplig för icke-medicinare, vilket innebar en av-latinisering av medicinen. Den nya inriktningen på registren motiverades med patientens bästa och likvärdig vård och själva grundidén stämde väl med läkarprofessionens skolning i evidensbaserad behandling i namn av vetenskap och beprövad erfarenhet.[6] I sjuksköterskeprofessionen

pågår också arbete med att utarbeta s.k. omvårdnadsvariabler i kvalitetsregistren.[7] De medicinska professionerna anade möjligen inte att de själva bidrog till sin de-professionalisering genom sin ”välvilja” att öppna upp sina register för administrationerna. Snarare hade de inte något val.

Vilka blev konsekvenserna? Med hjälp av de analysverktyg som hämtats från Abbotts arbeten påminner vi oss om vikten av professionens förmåga att klassificera ett problem *(diagnosis)*, resonera kring det *(inference)* och agera utifrån det *(treatment)*. Dessa är tre akter av professionellt handlande. Det är den mellersta akten som är helt och hållen professionens uppgift, dvs. att genom den information som diagnosen ger bestämma behandlingar med förutsägbara utfall.[8]

När andra ges tillgång till klassifikationssystemet (i det här fallet kvalitetsregistren) genom att det görs begripligt för icke-medicinare försvagas jurisdiktionen. Av-latiniseringen och den vidgade insynen i den medicinska kunskapen innebär att andra ges möjlighet att validera innehållet i den medicinska kunskapen. Andra kan därefter ge ett eget innehåll till omdömen om kvalitet och effektivitet. Den professionella friheten och bedömningen baserad på professionell erfarenhet ses i den administrativa logiken som ett hinder för rationellt kliniskt arbete.

Denna vidgade tillgång för utomstående till kärnan av kliniskt arbete, samt en ökad transparens i den medicinska kunskapen, praktiken och resultatet, blir mycket problematisk. Den medför en risk för att läkarprofessionen frånkopplas från det professionella kunskapssystemet och att deras förmåga till diagnosställande och bedömning av lämpliga behandlingar i stället blir betraktat som rutinartat arbete och regelföljande. Professionen tappar därmed kulturell kontroll genom att länken mellan den och den professionella kunskapen försvagas. I förlängningen riskeras även den sociala kontrollen, dvs. innebär allmänhetens bild av vem som har rätt att bestämma behandlingar.

Vem ska ställa diagnos?

Just själva behörigheten till diagnosförfarandet kan vara viktigt att hålla ögonen på för professionsforskare och andra intresserade. Det finns nämligen en annan grupp som, i likhet med

sjuksköterskorna, utmanar läkarkåren på arbetsplatsnivå. Det är de biomedicinska analytikerna (de tidigare laboratoriebiträdena och laboratorieassistenterna). De fick stort utrymme i den av regeringen beställda patologiutredningen som lades fram i mars 2012.

Utredningen har sin grund i tidigare utredningar av cancervården där kapacitetsbrist konstaterats, framförallt inom patologin. Syftet var således att göra en översyn av patologin och föreslå åtgärder i syfte att stärka kompetensförsörjningen inom patologin. I utredningen föreslogs bl.a. specialistutbildningar för biomedicinska analytiker, legitimation för cytodiagnostiker (dvs. vidareutbildade biomedicinska analytiker), högre löner och att fler yrkeskategorier tillåts ställa diagnos.[9] Detta innebär att det, förutom sjuksköterskornas konkurrenstryck, tillkommer ytterligare en konkurrens, nu från specialiserade biomedicinska analytiker, vilket innebär att läkares jurisdiktion att ställa diagnos utmanas. Över huvud taget kan vi vänta att gränserna mellan arbetsuppgifter blir mer flytande i alla fall på arbetsplatsnivå. Ett begrepp som används inom cancervård är ”skillmix”, dvs. en flexibel kombination av ”olika yrkeskategorier i en personalgrupp eller avgränsningen av roller och arbetsuppgifter mellan olika yrkeskategorier i en personalgrupp”.[10]

Nya utbildningar som ska överbrygga skillnaderna mellan sjuksköterskor och läkare har startats, t.ex. i Linköping 2012 där ”en ny sorts avancerade sjuksköterskor i kirurgisk omvårdnad” skulle utbildas, varvid det var tänkt att läkarna skulle lämna ifrån sig vissa arbetsuppgifter för att kunna fokusera på att operera. Utbildningen är tvåårig och efter examen ska sjuksköterskan bland annat kunna skriva remisser och epikriser, dvs. ett vetenskapligt utlåtande om ett sjukdomsfall – dess uppkomst, utveckling, förlopp och behandling och nära patientkontakter. Från Läkarförbundet befarade man att kirurgerna skulle bli operationsrobotar och värnade om läkarens ansvar över fördelningen av arbetsuppgifterna.[11] En artikel från 2018 beskrev dock utfallet som positivt.[12] Ett intressant skifte var att dessa sjuksköterskor efter sin utbildning inte bara handledde sjuksköterskestudenter utan även oerfarna läkare som är under utbildning.

Idén att sjuksköterskorna ska ta över arbetsuppgifter från läkarna kommer från USA, där ”nurse practitioners” varit vanliga

sedan mitten av 1960-talet, något som var påkallat av den stora läkarbristen. I Sverige har det i praktiken funnits en motsvarighet, s.k. avancerad specialistsjuksköterska eller klinisk sjuksköterska. Ett skäl till att utbildningen inte fortsatte var att sjuksköterskorna blev nekade förskrivningsrätt för antibiotika av Läkemedelsverket och Socialstyrelsen. Men planer finns att återinföra utbildningen, men då med inriktningarna psykiatri och äldreomsorg. I USA förekommer det också att disputerade sjuksköterskor som arbetar på klinik presenterar sig både med doktorstitel och sjuksköterske-titel, vilket har medfört att läkarsammanslutningar reagerat och vill skydda doktorstiteln och reservera den för läkare.[13] I Sverige återkommer även nygamla förslag att snabbutbilda sjuksköterskor till läkare.[14]

Med detta uppstår en ökad konkurrens om jurisdiktionen framförallt på arbetsplatser, vilket med tiden kan väntas påverka den publika jurisdiktionen genom att bilden av läkaren blir mer perifer för patienten samtidigt som det skapas en oklar bild av vad läkaren gör och vad sjuksköterskan gör. Retoriken i denna utveckling mot förändrad arbetsdelning medger också att läkarna får göra vad de är bra på, dvs. specialisera sig. Men som nämnts tidigare har läkarkåren lyckats konstruera en bild av ett enda uppgiftsfält – läkekonsten, och ett enda vetenskapligt huvudämne – medicinen. I denna kulturella symbolik intar den kliniska läkaren vid sängkanten positionen som integrator av teori och praktik. Detta har historiskt sett varit övertygande för en allmän publik och för staten i fråga om anspråket på en viss jurisdiktion.[15] Men hur robust kommer denna symbolik att vara i framtiden i relation till det ökande antalet specialiseringar, som inte enbart gäller läkarna utan även sjuksköterskorna och de biomedicinska analytikerna? Kan en sådan amalgamering hålla ihop en profession? Tål det professionella systemet sådana störningar? Eller har professionerna spelat ut sin roll?

Differentiering versus integrering

Mötet mellan specialiseringsprocesserna inom en profession och professionaliseringsprocessen i densamma ger intressanta effekter. Som nämnts ovan bärs läkares professionalisering å ena sidan upp

av en mytbildning omkring en sammanhållen kår som dominerar ett uppgiftsområde samt en gemensam grundutbildning och disciplin. Å andra sidan kan man hävda att den ökande specialiseringen inom medicinen ger upphov till nya slags läkarkårer, tydligast exemplifierad av mikrobiologer, patologer och medicinska kemister som ökar i antal i laboratoriespecialiteterna och som följer en horisontell specialiseringsordning. I Abbotts systemperspektiv kan denna interna differentieringsprocess generera systemstörningar[16] som kan ge allvarliga konsekvenser för professionen, som t.ex. att amalgameringarna inte längre håller och professionen splittras. Men det professionella systemet kan också vara i stånd att absorbera dessa störningar genom någon form av integreringsarbete.

Nedan ges några exempel på systemstörningar som framgent kan vara potentiella hot for läkarkåren. Först den ökade andelen icke-medicinare eller icke-läkare som disputerar inom medicin och som är fler än kliniskt arbetande läkare. Detta kan hota kulturreproduktionen inom läkarkåren. De värden man hållit högt och som utgjort en viktig integrationsfaktor för professionen kan mista sin betydelse. De interna specialiseringsprocesserna är också i sig en differentierande kraft som kan hota sammanhållning och vilja att samarbeta inom en kår. Detta gäller även sjuksköterskor vars specialiseringsmönster nära följer läkarvetenskapens logik och hälso- och sjukvårdens organisering.

Ökad differentiering genom disputerade icke-läkare

Ett intressant scenario att undersöka vidare är effekterna av de allt fler icke-medicinare som disputerar, men som genom sin bakgrund som icke-läkare troligtvis inte känner samma närhet till och engagemang för klinisk praktik som disputerande läkare gör. Till exempel gjordes år 2008 en uppföljning inom den medicinska fakulteten i Lund av 2 510 medicinska avhandlingar. Den allmänna disputationsfrekvensen hade ökat kraftigt och nästan tredubblats på 21 år, från totalt 61 per år 1986/1987 till 175 per år 2006/2007. Antalet läkare som disputerade låg dock på en stadig nivå av 50 till 60 per år. Totalökningen berodde på det ökade antalet icke-läkare som disputerade, men här var det inte personer med vårdyrken som stod för ökningen utan det rörde sig om doktorander från biomedicin och med filosofie kandidat eller filosofie magisterexamen, vilka var i majoritet.[17]

Förändringar har också skett i arbetsvillkoren och forskningsvillkoren för läkare. Sedan 2010 kan andra legitimerade yrkesgrupper än läkare få s.k. särskilda universitetsbefattningar i landstingen, med 30 % av arbetstiden avsatt för forskning.[18] Privilegier som tidigare tillhörde läkarna har nu delvis förlorats till andra yrkesgrupper. Andra faktorer spelar in i hur läkarna kan ”freda läkarforskningen” i framtiden. Då 80 % av de läkare som är forskarutbildade är 45 år eller äldre och medelåldern vid disputationen är 42 år är inte heller någon föryngring att vänta.[19] Men då läkargruppen förlorar privilegier och betingelserna för kulturreproduktion förändras genom grund- och forskarutbildningen, samt minskade möjligheter till forskarkarriär, är det andra som vinner på detta.

När rekryteringen till forskarutbildningen ändras, förändras också läkarutbildningen eftersom den nya lärarkåren i allt mindre utsträckning består av läkare och de nya lärarna saknar förmåga att koppla teoretisk medicin till klinisk medicin. Den största gruppen bland doktoranderna har dessutom en icke-medicinsk grundutbildning och kommer från de kliniska laboratoriedisciplinerna. Detta är något som oroat lärare med läkarbakgrund.[20] Genom att icke-medicinarna dominerar i antal bland de nya doktorerna kan kulturen på fakulteten och i lärargruppen också blir dominant kulturellt överlag. Det innebär att den traditionella medicinska fakulteten förvandlas till en biomedicinsk fakultet. Konsekvenserna av detta ur ett professionsteoretiskt perspektiv är potentiellt intressant för integrationsprocesserna inom professionen.

Ökad differentiering genom specialiteter

Antalet läkare inom hälso- och sjukvården har kontinuerligt ökat sedan många år tillbaka, antalet specialister likaså. Trots den kraftiga ökningen kvarstår, enligt en rapport från Sveriges Kommuner och Landsting, behov av rekrytering inom flera specialiteter, såsom allmänmedicin och psykiatri, samt inom vissa geografiska regioner. Enligt en beräkning som gjordes i rapporten kommer vissa specialiteter att öka i förhållande till nuvarande dimensionering. Dessa är exempelvis kirurgi, ortopedi, internmedicin, kardiologi, lungmedicin, infektionssjukdomar och reumatologi.[21] Andra specialiteter, t.ex. socialmedicin och psykiatri, har varit på nedgång under längre tid. Socialmedicinen var till exempel nära att

tas bort från den medicinska specialitetsförteckningen 2003 efter ett utredningsförslag[22] men blev kvar som en s.k. basspecialitet.[23] Socialläkarna har i stort sett försvunnit, även om det finns en liten grupp läkare som arbetar för ett återinförande.[24]

Behörighetsutredningens betänkande 2010 föreslog att specialistutbildningen för sjuksköterskor borde bli mer flexibel, så att den bättre motsvarade vad som efterfrågas i vården.[25] En översyn av tillgången på specialistsjuksköterskor 2009 visade att antalet sjuksköterskor med inriktningarna anestesi, intensivvård, barn och ungdom samt distriktssköterska ökade. Psykiatriinriktningen minskade, medan nivåerna inom inriktningarna operation och röntgen har hållit sig på en stabil nivå.[26]

Specialiseringen pågår, förutom inom ramen för läkarnas specialiseringslogik, också inom sjuksköterskornas område, t.ex. omvårdnad, där vissa delar av kåren beskriver sig själva som ”starkt specialiserade” inom t.ex. hjärtvård.[27] Sjuksköterskorna tar med andra ord mer plats inom specialiseringens domäner och det sker en ökad differentiering inom sjuksköterskekåren mellan generalistsjuksköterskor och specialistsjuksköterskor. Detta är givetvis också en mycket intressant fråga att undersöka vidare för de professionsintresserade.

Slutord

En högst skissartad bild av utvecklingen kan sammanfattas som en rörelse mot en form av specialistsegmentering, som går på tvärs genom flera av de professioner som behandlats i denna bok. Men det tycks som om dessa professioner också närmar sig varandra på lite olika sätt. Man kan kanske också se det som en sammanpressning av ett mellanskikt där yrkesgrupperna blir mer lika varandra, då arbetsuppgifter byter utförare. Detta är tydligt på arbetsplatsnivå då till exempel sjuksköterskor får ta över vissa arbetsuppgifter av läkarna och biomedicinska analytiker kan få utökade diagnosticerande arbetsuppgifter. Eller tillämpningen av det så kallade ”skillmix”, där det är mindre viktigt vilken yrkesgrupp som traditionellt eller legalt har rätt till att utföra uppgifterna, utan viktigast är att arbetet blir gjort. I Abbotts terminologi skulle man kunna se detta som att systemet

förändrar karaktär, men samtidigt förmår absorbera dessa störningar genom en form av självreglering. En sådan kvalitativ förändring i systemet skulle kunna betraktas som en fasövergång, uttryckt i systemteoretiska termer.

Professionernas till antalet stora corps, dvs. de stora massorna av sjuksköterskor och läkare, trycks ihop genom att hierarkierna plattas ned och de blir sammantaget en basresurs i hälso- och sjukvårdsproduktionen. De medicinska professionernas praktik standardiseras och delas upp genom de nya styrningsformerna som beskrevs inledningsvis i detta kapitel. Den glans som tidigare fanns omkring det att vara en profession har bleknat och blivit normaliserad. Vissa skikt inom professionerna ges dock möjlighet att stiga uppåt, i en ny ordning baserad på specialiseringens hierarkier. De ackumulerade kulturella och ekonomiska resurser som redan finns lagrade i hierarkierna av specialiseringar och yrken innebär att de som redan har kan få mer. De specialiteter som tidigare varit statustunga kommer troligen att fortsätta att vara det och vice versa.

Specialistsegmenteringen går på tvärs genom läkarkåren, sjuksköterskekåren och de biomedicinska analytikernas kår och delar generalister från specialister. Men det återstår att se om den gamla hierarkin med läkaren som toppfigur kan hålla hegemonin. Professionsforskare som är intresserade av hur vetenskaplig kunskap och professionell kunskap hänger samman med samhällets arbetsdelning och mobilisering av professionella skikt kan således i framtiden behöva rikta blicken mot specialiseringens ”professionaliseringsprojekt” och specialistens etos. Professionalismen är inte död men tar nya uttrycksformer.

Läkar- och sjuksköterskekårernas glansdagar hörde ihop med uppbyggnaden av välfärdsstatens sektorer och var som starkast när den svenska välfärdsstaten var som störst. Idag räknas de närmast som en kvantitativ basresurs i hälso- och sjukvården. Det tycks som om de enskilda professionernas era har passerat. Professionalismens logik fortsätter men i transformerad form.

Det medicinska professionella fältet som sådant hålls samman som system genom arbetsdelningen och interna hierarkier som omfattar ett stort antal yrken inom den statligt finansierade hälso- och sjukvården. Det professionella systemet har kunnat absorbera

systemstörningar genom ett integreringsarbete som omformat fältet. Nya interna specialisthierarkier skapas genom att det öppnas nya möjligheter att stiga uppåt i hierarkin medan tidigare underordnade jurisdiktioner fortsätter att gälla. Nya specialiserade uppgiftsområden skapar parallella ekologier inom fältet, där specialiserade läkare, sjuksköterskor och andra yrkesgrupper samlas för att utföra arbete. Som nämndes i inledningen är det de som finns inom systemet, och som oftare samspelar med varandra än med utomstående, som utgör identiteten. Det innebär att nya identiteter tillkommer baserade på specialistkompetenserna. Det medicinska fältet har kanske till och med stärkts som ett större system genom de allianser mellan yrkesgrupper som befäster det medicinska fältets *heartland*.

Viktigast för det professionella systemet är förstås att hålla de obehöriga utanför dess gränser. Frågan är bara vilka de obehöriga är nu för tiden? Även det kan engagera de professionsintresserade.

Noter Epilo

1. Bejerot och Hasselbladh 2008, s. 54.

2. Gustafsson 2000, s. 111.

3. Abbott 1988, s. 42–43.

4. Bohlin och Sager 2011, s. 13–29.

5. Ibid.

6. Bejerot och Hasselbladh 2007, s. 180–181.

7. Andersson 2012.

8. Abbott 1988, s. 40–41, 52, 59.

9. Beckman Suurküla 2012.

10. *Nationell plan för kompetensförsörjning inom cancervården*.

11. *Dagens sjuksköterska*. Publicerad 2012-01-13.

12. Kvarnström, Jangland och Abrandt Dahlgren 2018.

13. Harris 2011.

14. *Dagens medicin*. Publicerad 2008-10-15.

15. Abbott 1988, s. 60.

16. *System disturbances*. Ibid., s. 117.

17. NÄRV 2008, s. 13.

18. *Forskning och utveckling*, nr 2, 2011, s. 10.

19. SOU 2008:7, s. 13.

20. *Läkartidningen*, nr 10, 2016.

21. Sveriges kommuner och landsting, *Blivande specialistläkare*, ST 2011–2015. Överblicken av utvecklingen inom området försvårar av att läkare kan ha flera specialistbevis, vilket inte framgår av den tillgängliga statistiken. Se även Socialstyrelsen 2012, *Översyn av läkarnas specialitetsindelning*.

22. Socialstyrelsen 2005a; Socialstyrelsen 2003.

23. Janlert 2009; Socialstyrelsen 2005b.

24. Burström 2011; Kristenson 2009; Halldin 2009; Ågren 2009.

25. *Kompetens och ansvar*. Betänkande av 2009 års Behörighetsutredning. SOU 2010:65.

26. Sveriges kommuner och landsting 2009, *Tillgången på specialistsjuksköterskor*.

27. *Forskning och utveckling*, nr 2, 2011, s. 25, ”Det vi gör måste vara evidensbaserat”.

Referenser

Abbott, Andrew. 1988. *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: The University of Chicago Press.

Abbott, Andrew. 2005. Linked Ecologies: States and Universities as Environments for Professions. *Sociological Theory* Volume 23, Issue 3, 245–274. DOI: https://doi.org/10.1111/j.0735-2751.2005.00253.x

Album, Dag och Westin, Steinar. 2008. Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social Science & Medicine* 66, 182–188. DOI: https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.07.003

Alm, Anders. 2008. *Hälsovårdsnämnden i Uppsala 1875–1907: arbetet med ett modernt sanitärt system*. Magisteruppsats. Institutet för bostads- och urbanforskning. Uppsala universitet.

Agevall, Ola och Olofsson, Gunnar. 2019. Den högre utbildningens professionella fält. I Thomas Brante, Kerstin Svensson och Lennart G Svensson (Red.) *Det professionella landskapets framväxt*. Lund: Studentlitteratur.

Andersson, Åsa. 2012. *Svensk sjuksköterskeförenings projekt. Utveckla och ensa kvalitetsvariabler inom omvårdnadsområden*. Rapport. Svensk sjuksköterskeförening.

Areskog, Nils-Holger och Ström, Gunnar. 1983. Sektionen för klinisk fysiologi, in Stephan Rössner (Red.), *Svenska Läkaresällskapet 175 år*. Stockholm.

Bateson, Gregory. 1987. *Steps to an ecology of mind. Introduction, the Science of mind and order.* North Vale, N J, London: Aroldson.

Beckman Suurküla, Marie. 2012. *Svensk patologi – en översyn och förslag till åtgärder*, mars 2012. Regeringens uppdrag (S2011/5140/FS).

Bejerot, Eva and Hasselbladh, Hans. 2003. Nya kontroll- och maktrelationer inom sjukvården, *Arbetsmarknad & Arbetsliv*, 9 (2), 107–127. URL: http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:su:diva-67762

Bengtsson, Staffan. 2004. Anstaltens utveckling och innebörd. I *Funktionshinder i ett historiskt perspektiv.* Redigerad av Staffan Förhammar och Marie C Nelson. Lund: Studentlitteratur.

Bergman, Rolf. 1963. De epidemiska sjukdomarna och deras bekämpande, I Wolfram Kock (Red.) *Medicinalväsendet i Sverige 1813–1962*. Stockholm: Nordiska bokhandelns förlag.

Bergstrand, Hilding. 1963. Läkarekåren och provinisalläkareväsendet, in Wolfram Kock (Red.) *Medicinalväsendet i Sverige*. Stockholm: Victor Petterssons Bokindustri.

Beronius, Mats. 1994. *Bidrag till de sociala undersökningarnas historia. Eller till den vetenskapliggjorda moralens genealogi*. Stockholm: Symposion.

Bertalanffy, Ludwig. von 1968. *General systems theory*. London: Penguin Books.

Bisholt, Birgitta. 2009. *Nyutexaminerade sjuksköterskors yrkessocialisation: erfarenheter av ett introduktionsprogram*, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Sahlgrenska akademin, Diss. Göteborgs Universitet.

Bjurulf, Bo och Swahn, Urban. 1980. Health policy proposals and what happened to them: Sampling the twentieth-century Record. I Arnold J Heidenheimer och Nils Elvander (Red.) *The Shaping of the Swedish Health System*. London: Croom Helm.

Björkquist, Erik och Flygare, Ivar. 1963. Den centrala medicinalförvaltningen, I Wolfram Kock (Red.) *Medicinalväsendet i Sverige 1813–1962*. Stockholm: Nordiska bokhandelns förlag.

Blomqvist, Paula. 2004. *Ideas and policy convergence: health care reforms in the Netherlands and Sweden in the 1990s*. Diss. Columbia: University.

Bohlin, Ingemar och Sager Morten. 2011. Evidensbaserad praktik i praktiken. I Ingemar Bohlin och Morten Sager (Red). *Evidensens många ansikten. Evidensbaserad praktik i praktiken*. Lund: Arkiv förlag.

Bourdieu, Pierre. 2000. *Konstens regler. Det litterära fältets uppkomst och struktur.* Stockholm: Brutus Östlings förlag.

Bourdieu, Pierre. 2004. From the King´s House to the Reason of State: A Model of the Genesis of the Bureaucratic Field, *Constellations,* 11 (1), 16–36. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1351-0487.2004.00359.x

Brante, Thomas. 2010a. Professional Fields and Truth Regimes: In Search of Alternative Approaches, *Comparative Sociology,* 9, 843–886. DOI: https://doi.org/10.1163/156913310X522615

Brante, Thomas. 2010b. State formations and the Historical Take-off of Continental Professional types: The case of Sweden. I Lennart. Svensson och Julia Evetts (Red.) *Sociology of Professions. Continental and Anglo-Saxon Traditions.* Göteborg: Daidalos.

Brante, Thomas. 2013a. The Professional Landscape: The Historical Development of Professions in Sweden. *Professions and Professionalism*, 3(2). https://doi.org/10.7577/pp.558

Brante, Thomas. 2013b. Guest Editor's Introduction. *Professions and Professionalism,* 3(2). https://doi.org/10.7577/pp.743

Brante, Thomas. 2014. *Den professionella logiken. Hur vetenskap och praktik förenas i det moderna kunskapssamhället.* Stockholm: Liber.

Brante, Thomas., Svensson, Kerstin., och Svensson, Lennart G. 2019a. (Red). *Det professionella landskapets framväxt.* Lund: Studentlitteratur.

Brante, Thomas., Svensson, Kerstin., och Svensson, Lennart G. 2019b (Red). *Ett professionellt landskap i förvandling.* Lund: Studentlitteratur.

Burström, Bo. 2011. Förändringar inom hälso- och sjukvården. *Socialmedicinsk tidskrift, nr* 4, s. 338–343. URL: http://socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/article/download/806/623. Nedladdad 2020-01-10.

Callewaert, Staf. 1997. *Bourdieustudier.* Institut for Filosofi, Pædagogik og Retorik. Københavns Universitet.

Capra, Fritjof. 1997. *The Web of Life: A New Understanding of Living Systems.* London: Anchor Books/Doubleday.

Carder, Mack och Klingeberg, Bendix. 1980. Towards a Salaried Medical Profession: How Swedish was the Seven Crowns Reform?, in Heidenheimer och Elvander (Red.) *The Shaping of the Swedish Health System*. London: Croom Helm.

Carlhed, Carina. 2007. *Medicinens lyskraft och skuggor—om trosföreställningar och symbolisk makt i habiliteringen 1960–1980*. Acta Universitatis Upsaliensis. Uppsala Studies in Education 116. Diss. Uppsala universitet. URN: urn:nbn:se:uu:diva-8327

Carlhed, Carina. 2011. Fält, habitus och kapital som kompletterande redskap i professionsforskning. *Socialvetenskaplig tidskrift*. nr 4, 283–300.URL: https://journals.lub.lu.se/svt/article/view/15723

Carlhed, Carina. 2013. The Rise of the Professional Field of Medicine in Sweden. *Professions & Professionalism* 3(2). DOI: http://dx.doi.org/10.7577/pp.562

Carlhed Ydhag, Carina. 2019. Det medicinska fältet. I Thomas Brante, Kerstin Svensson och Lennart G Svensson (Red.) *Det professionella landskapets framväxt*. Lund: Studentlitteratur.

Comte, Auguste. 1991. *Om positivismen. Tre klassiska texter*. Göteborg: Bokförlaget Korpen.

Dagens medicin. Publicerad 2008-10-15. URL: https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2008/10/15/m-forslag-snabbutbilda-sjukskoterskor-till-lakare/. nedladdad 2020-01-07.

Dagens sjuksköterska Publicerad 2012-01-13. URL: https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2012/januari/avancerad-specialistutbildning-ny-karriarvag-for-kirurgsjukskoterskor/, nedladdad 2020-01-07.

Darwin, Charles. 1999. *Om arternas uppkomst genom naturligt urval eller De bäst utrustade rasernas bestånd i kampen för tillvaron*. [Ny utg.] Stockholm: Natur och kultur.

Desrosières, Alain. 1998. *The Politics of Large Numbers. A History of Statistical Reasoning*. Cambridge: Harvard University Press.

Dillner, Elisabet. 1963. Sjuksköterskeväsendet, in Wolfram Kock (Red.) *Medicinalväsendet i Sverige 1813–1962*. Stockholm: Nordiska bokhandelns förlag, 618–644.

Einarsdottir, Torgerdur. 1997. *Läkaryrket i förändring. En studie av den medicinska professionens heterogenisering och könsdifferen-*

tiering. Monographs from the Department of Sociology; Göteborg: Göteborgs universitet.

Eklöf, Motzi. 1998. Läkarna och kvacksalveriet, *Res Publica 40*. Brutus Östlings Bokförlag.

Eklöf, Motzi. 2000. *Läkarens ethos. Studier i den svenska läkarkårens identiteter, intressen och ideal 1890–1960*. Linköping Studies in Arts and Science 216; Linköping: Linköpings universitet.

Elzinga, Aant. 1990. The knowledge aspect of professionalisation: the case of science based nursing education in Sweden, in Rolf Torstendahl och Michael Burrage (Red.) *The Formations of Professions. Knowledge, State and Strategy*. London: Sage.

Emanuelsson, Agneta. 1990. *Pionjärer i vitt. Professionella och fackliga strategier bland svenska sjuksköterskor och sjukvårdsbiträden 1851–1939. Diss*. Stockholm: Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund SHTF.

Eriksson, Bengt Erik och Qvarsell, Roger. 2000. Inledning, I Bengt Erik Eriksson och Roger Qvarsell (Red.) *Samhällets linneaner*. Stockholm: Carlssons Bokförlag.

Erlöv, Iris och Petersson, Kerstin. 1998. *Från kall till akademi – ideologiska förändringar i sjuksköterskeutbildningen under 1900-talet*. Lund: Studentlitteratur.

Evertsson, Lars. 2002. *Välfärdspolitik och kvinnoyrken. Organisation, välfärdsstat och professionaliseringens villkor.* Akademiska avhandlingar vid Sociologiska institutionen nr 25. Umeå: Umeå Universitet.

Forskning och utveckling, nr 2, 2011. “Biomedicinsk analytiker – med rätt att forska”.

Forskning och utveckling, nr 2, 2011. “Det vi gör måste vara evidensbaserat.”

Foucault, Michel. 1994. *The birth of the clinic: an archaeology of medical perception*. New York: Vintage Books.

Foucault, Michel. 2000. *Klinikkens fødsel*. København: Hans Reitzels forlag).

Freidson, Eliot. 1970. *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. New York: Harper & Row.

Freidson, Eliot. 2001. *Professionalism. The third logic.* Cambridge: Blackwell Publishers & Policy Press.

Frey, Helen. 1980. *Kvinnliga läkare i Sverige. Deras historik i siffermässig belysning, en specialitetsanalys och en jämförelse mellan manliga och kvinnliga läkare i Sverige*. Kulturgeografiska institutionen, Uppsala Universitet.

Förhammar, Staffan. 2004. Lytt, abnorm, invalid, handikappad och funktionshindrad, in Staffan Förhammar och Marie C Nelson (Red.) *Funktionshinder i ett historiskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Förhammar, Staffan och Nelson, Marie C. 2004. Introduktion, in Staffan Förhammar och Marie C Nelson (Red.) *Funktionshinder i ett historiskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Gelfand, Toby. 1976. The Origins of a Modern Concept of Medical Specialization: John Morgan's Discourse of 1765, *Bulletin of the History of Medicine,* 1976, *50:* 511–35. URL: https://www.jstor.org/stable/44450373

Graninger, Ulrika. 1997. *Från osynligt till synligt. Bakteriologins etablering i sekelskiftets svenska medicin*. Linköping Studies in Art and Science 163. Diss. Stockholm: Carlssons förlag.

Grunewald, Karl, och Olsson, Thomas. 1997. *Utan talan. Historia i bild från omsorgerna om utvecklingsstörda*. Stockholm: Liber.

Grönwall, Anders, Hellsing, Kristoffer, och Lehmann, Jörgen 1983. Sektionen för klinisk kemi, I Stephan Rössner (Red). *Svenska Läkaresällskapet 175 år*, Stockholm.

Gustafsson, Rolf Å. 1987. *Traditionernas ok. Den svenska hälso- och sjukvårdens organisering i ett historie-sociologiskt perspektiv*. Stockholm: Esselte Studium.

Gustafsson, Rolf Å. 2000. *Välfärdstjänstearbetet. Dragkampen mellan offentligt och privat i ett historie-sociologiskt perspektiv.* Göteborg: Daidalos.

Halldin, Jan. 2009. Socialmedicin – ett stöd för utsatta. *Socialmedicinsk tidskrift*, nr 5, s 417–423. URL: http://socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/article/view/74. Nedladdad 2020-01-10.

Harris, Gardiner. 2011. Calling the Nurse ”Doctor”, a title Physicians Oppose. *New York Times Reprints,* October 1, 2011. URL: https://www.nytimes.com/2011/10/02/health/policy/02docs.html

Hasselbladh, Hans. 2008. Problematiseringens jordmån, I Hans Hasselbladh, Eva Bejerot, och Rolf Å Gustafsson (Red.) *Bortom New Public Management. Institutionell förändring i svensk sjukvård*. Lund: Academia Adacta.

Hasselbladh, Hans och Bejerot, Eva. 2008. En problematisering i tiden, I Hans Hasselbladh, Eva Bejerot, och Rolf Å Gustafsson (Red.) *Bortom New Public Management. Institutionell förändring i svensk sjukvård*. Lund: Academia Adacta.

Heidenheimer, Arnold J. 1980. The debate over Surplus or Shortage in Swedish Medicine in the 1930s, I Arnold J Heidenheimer och Nils Elvander (Red.) *The Shaping of the Swedish Health System*. London: Croom Helm.

Holme, Lotta. 1996. *Konsten att göra barn raka. Ortopedi och vanförevård i Sverige till 1920*. Linköping Studies in Art and Science 144. Doktorsavhandling; Stockholm: Carlssons Bokförlag.

Högskoleverket. 2010. *Sjuksköterskors specialistutbildning – vilket slags examen?* Högskoleverkets rapportserie 2010:5 R.

Janlert, Urban 2009. Socialmedicinens väg till specialitet. *Socialmedicinsk tidskrift,* (5), 402–409. URL: http://socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/article/view/71. Nedladdad 2020 -01-08.

Johannisson, Karin. 1990. *Medicinens öga. Sjukdom, medicin och samhälle - historiska erfarenheter*. Stockholm: Nordstedts.

Johannisson, Karin. 1994. *Den mörka kontinenten: Kvinnan, medicinen och fin-de-siècle*. Stockholm: Norstedts.

Johnsson, Eva., och Svensson, Lennart. G. 2013. Social Integration as Professional Field: Psychotherapy in Sweden. *Professions and Professionalism*, 3(2). https://doi.org/10.7577/pp.559

Johnsson, Eva. och Svensson, Lennart. G. 2019. Den psykosociala inegrationens fält. I Thomas Brante, Kerstin Svensson, och Lennart G Svensson. (Red.). *Det professionella landskapets framväxt*. Lund: Studentlitteratur.

Kock, Wolfram. 1963. *Medicinalväsendet i Sverige 1813–1962*. Utgiven med anledning av Medicinalstyrelsens 300 års jubileum; Stockholm: Nordiska Bokhandelns förlag.

Kock, Wolfram. 1989. *Medicinhistorisk exposé*. Södertälje: Fingraf.

Kock, Wolfram. 1948. Sjukhusväsendets utveckling i Sverige, I Einar Edén och Sven Johansson (Red.) *Svenska sjukhus. En översikt av det svenska sjukhusväsendets utveckling till 1900-talets mitt. Första delen*. Stockholm: Gothia.

Kongl. maj:ts nådige Instruction Hwarefter The Provincial Doctorer, som af Cronan eller på Städernes Stater niuta någon wisz och ständig Lön, hafwa sig at rätta. Gifwen Stockholm i Råd-Cammaren then 12 April 1744. Stockholm, tryckt uti Kongl. tryckeriet, hos directeuren Pet. Momma.

Kristenson, Margareta. 2009. Den socialmedicinska specialisten – en viktig aktör i utvecklingen av en hälsoorienterad hälso- och sjukvård. *Socialmedicinsk tidskrift,* nr 5, s. 424–432. URL: http://socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/article/view/75. Nedladdad 2020-01-10.

Kvarnström, Susanne, Jangland, Eva., och Abrandt Dahlgren, Madeleine. 2018. Introducing the nurse practitioner into the surgical ward: an ethnographic study of interprofessional teamwork practice. *Scandinavian Journal of Caring Science*s, 32, 765–771. DOI: https://doi.org/10.1111/scs.12507

Lagerkvist, Ulf. 1999. *Karolinska institutet och kampen mot universiteten*. Hedemora: Gidlunds.

Lannerheim, Lena. 1994. *Syster blir till. En sociologisk studie av sjuksköterskeyrkets framväxt och omformering*. Monographs from the Department of Sociology 55: University of Gothenburg. Diss.

Larsen, Kristian. 2012. Opbrud i medicinen fra 1750–1850: Om positioner, kampe, videnskab og praksis i medicinsk felt. *Praktiske Grunde* 2012:1. København: Foreningen Hexis.

Larson, Magali Sarfatti. 2013. The rise of professionalism: monopolies of competence and sheltered markets, Transaction Publishers, New Brunswick, [1977].

Lindberg, Bo S. 2017. *Kirurgernas historia Om badare, barberare och fältskärer*. Uppsala: Uppsala universitet.

Läkartidningen, nr 37. 1966.

Läkartidningen, nr 35, 2002.

Läkartidningen nr 1–2 2009 volym 106.

Läkartidningen nr 10/2016. Lakartidningen.se 2016-03-09. Nedladdad 2020-01-07.

Mauss, Marcel. 1972. *Gåvan*. Argos: Lund.

Malmer, Elin. 1996. De försvunna ederna. Samhällets rationalisering och avskaffandet av tro- och huldhetseden samt befattningseden. *Scandia*, band 62, häfte 2.

Nationell plan för kompetensförsörjning inom cancervården. Regionala cancercentrum i samverkan. https://www.cancercentrum.se/samverkan/. Nedladdad 2020-01-07.

Nilsson, Folke. 2003. Etik och förtroende grunden för läkaryrket, I Nils O Sjöstrand (Red.) *Ett sekel med läkaren i fokus. Läkarförbundet 1903–2003*. Stockholm: Läkarförbundet.

Nilsson-Lindström, Margareta., och Beach, Dennis. 2013. The professionalization of the Field of Education in Sweden: A historical analysis. *Professions & Professionalism*, Vol.3, nr 2. DOI: http://dx.doi.org/10.7577/pp.560

Nilsson-Lindström, Margareta., och Beach, Dennis. 2019. Utbildningsfältets professionalisering. I Thomas Brante, Kerstin Svensson, och Lennart G Svensson. (Red.). *Det professionella landskapets framväxt*. Lund: Studentlitteratur.

Nordisk familjebok, 1909.

NÄRV. 2008. NÄRV Medicinska fakultetens personaltidning, Lunds universitet, http://www.med.lu.se/layout/set/print/medarbetare/internkommunikation/naerv/naervarkiv. Nedladdad 2012-05-21.

Ohlsson, Ingrid och Qvarsell, Roger. 2000. De handikappade i historien., I Magnus Tideman (Red.) *Perspektiv på funktionshinder och handikapp*. Stockholm: Skyttmo förlag.

Olsson, Sven E. 1993. *Social policy and Welfare State in Sweden*. Lund studies in social welfare III; Lund: Arkiv.

Palier, Bruno. 2006. *Hälso- och sjukvårdens reformer. En internationell jämförelse*. Sveriges Kommuner och Landsting.

Palmblad, Eva. 1997. *Sanningens gränser. Kvacksalveriet, läkarna och samhället, Sverige 1890–1990*. Stockholm: Carlssons Bokförlag.

Persson, Bodil. 1994. *När kvinnorna kom in i männens värld. Framväxten av ett kvinnligt yrke - Laborationsassistent under perioden 1880–1941*. Studia psychologica et Paedagogica Lund: Lunds universitet.

Persson, Bodil och Wilhelmsson, Margaretha. 2008. *Biomedicinsk analytiker - en profession att vara stolt över*. Lund: Studentlitteratur.

Petersen, Karin Anna. 1999. *Sygeplejevidenskab-myte eller virkelighed*. Viborg, Viborg Amt, Danmark. PhD avhandling.

Petersen, Karin Anna., och Callewaert, Staf. 2013. *Praxeologisk sygeplejevidenskab: Hvad er det? En diskussion med det subjektivistiske og det objektivistiske alternativ*. Københahvn: Hexis Forlag.

Pinell, Patrice., och Jacobs, Amy. 2011. The Genesis of the Medical Field: France, 1795–1870. *Revue française de sociologie*, Vol. 52, Supplement: An Annual English Selection, 2011, 117–151. URL: https://www.cairn.info/revue-francaise-de-sociologie-1-2011-5-page-117.htm#

Prop. 1989/90:81. DsS. 1987.4. *Regeringens proposition om ledningsansvaret inom den offentliga hälso- och sjukvården, m. m.*

Prop. 2000/01:71. *Regeringens proposition om nytt huvudmannaskap för vårdhögskoleutbildningar*.

Prop. 2001/02:15. *Regeringens proposition om Den öppna högskolan*.

Qvarsell, Roger. 2000. Att räkna sjuka och friska - Medicinalstyrelsen som socialvetenskaplig entrepenör, I Bengt Erik Eriksson och Roger Qvarsell (Red.) *Samhällets linneaner*. Stockholm: Carlssons Bokförlag.

Rabo, Erik. 1999. De svenska pediatriska föreningarna 1900–1970. *Svensk medicinhistorisk tidskrift.*, 3 (1), 197–212.

Rehn, Helena. 2008. *Framväxten av sjuksköterskan som omvårdnadsexpert. Meningsskapande om vård under 1900-talet*. Diss. Doktorsavhandlingar från Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet.

Rigné, Eva-Marie. 2002. *Profession, Science and State*. Göteborg Studies in Sociology. Göteborg: Department of Sociology, Göteborgs universitet. Doktorsavhandling.

Schöldström, Ulf. 2003. Läkarförbundet under ett sekel, I Nils O Sjöstrand (Red.) *Ett sekel med läkaren i fokus. Läkarförbundet 1903–2003*. Stockholm: Läkarförbundet.

Serner, Uncas. 1980. Swedish health legislation: Milestones in reorganisation since 1945. I Arnold J. Heidenheimer och Nils Elvander (Red.) *The shaping of the Swedish health care system*. London: Croon Helm.

SFS 1874:68 *Hälsovårdsstadga.*

SFS 1969:330 K*ungörelsen om utbildning vid medicinsk fakultet.*

SFS 1982:763 *Hälso- och sjukvårdslag.*

SFS 1993:100 *Högskolefördning.*

Sjöstrand, Nils O (Red.) 2003. *Ett sekel med läkaren i fokus. Läkarförbundet 1903–2003*. Stockholm: Sveriges läkarförbund.

Sjöstrand, Glenn. 2001. Gåvoekonomin i det moderna samhället. *Sociologisk forskning* 2, 44–66. DOI: https://www.jstor.org/stable /41203033

Sjöstrand, Glenn. 2013. The Field of Technology in Sweden: The Historical Take-Off of the Engineering Professions. *Professions and Professionalism,* 3(2). DOI: https://doi.org/10.7577/pp.555

Sjöstrand, Glenn. 2019. Det teknologiska fältet. I Thomas Brante, Kerstin Svensson, och Lennart G Svensson. (Red.). *Det professionella landskapets framväxt*. Lund: Studentlitteratur.

Sköld, Peter. 2000. Kunskap och kontroll - Framväxten av den svenska befolkningsstatistiken, I Bengt Erik Eriksson och Roger Qvarsell (Red.), *Samhällets linneaner*. Stockholm: Carlssons Bokförlag.

Socialstyrelsen 2003. *Läkarnas specialistutbildning och strukturen för medicinska specialiteter – en översyn*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen 2005a. *Säkerställd socialmedicinsk kompetens inom svensk hälso- och sjukvård*. Rapport om den socialmedicinska specialistkompetensen för läkare.: Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen 2005b. *Säkerställd socialmedicinsk kompetens inom svensk hälso- och sjukvård*. Rapport om den socialmedicinska specialistkompetensen för läkare. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen 2012. Översyn av läkarnas specialitetsindelning. https://www.sls.se/globalassets/svkf/bilder/utbildningsutskottet/oversyn.pdf. Nedladdad 2020-01-10.

SOU 1951:17. *Statens sjukhusutredning av år 1943 (1951), Betänkande. 6, Redogörelse för arbetsstudier vid kroppssjukhusens vårdavdelningar m. m.* Statens offentliga utredningar. Stockholm.

SOU 1955:12. *Statens sjukhusutredning av år 1943 (1955). Betänkande 8 Rationalisering av sjukhusdriften.* Statens offentliga utredningar. Stockholm.

SOU 1955:52. *Medicinalstyrelsen. Delegationen för epileptikervården (1955). Epileptikervården: förslag.* Statens offentliga utredningar. Stockholm.

SOU 1956:1. *1952 års åldringsvårdsutredning (1956). Åldringsvård: betänkande.* Statens offentliga utredningar. Stockholm: Esselte.

SOU 1956:27. *Sjukhuslagstiftningskommittén (1956). Betänkande med förslag till sjukhuslag m. m.* Stockholm: Kihlström.

SOU 1958:15. *Kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket (1958). Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena: betänkande med förslag.* Statens offentliga utredningar. Stockholm: Esselte.

SOU 1958:26. *Engel, Arthur (1958). Regionsjukvården: riksplan för samarbete inom specialiserad sjukhusvård.* Statens offentliga utredningar. Stockholm.

SOU 1958:38. *Kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket. Mentalsjukvårdsdelegationen (1958). Mentalsjukvården: planering och organisation : betänkande 3.* Statens offentliga utredningar. Stockholm: Idun Esselte.

SOU 1962:4. *Utredningen angående vissa sjuksköterskornas och undersköterskornas arbetsuppgifter m. m. (1962). Arbetsuppgifter och utbildning för viss sjukvårdspersonal: betänkande.* Statens offentliga utredningar. Stockholm: Beckman.

SOU 1961:8. *Läkarprognosutredningen (1961). Om läkarbehov och läkartillgång:* betänkande. Stockholm: Esselte.

SOU 1963: 21. *Kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket (1963). Sjukhus och öppen vård: betänkande.* Statens offentliga utredningar. Stockholm.

SOU 1970:34. *Låginkomstutredningen (1970). Svenska folkets inkomster: betänkande : del 1*. Statens offentliga utredningar Stockholm: Esselte.

SOU 1971:68. *Läkartjänstutredningen (1971). Läkartjänster: konstruktion, behörighet, tillsättning m.m. : betänkande*. Statens offentliga utredningar. Stockholm.

SOU 1978:4. U*tredningen om vissa vårdutbildningar inom högskolan (1978). Ny vårdutbildning: betänkande*. Arbetsfältsbeskrivning: bilaga. Ds U, 0346–5675. Statens offentliga utredningar. Stockholm: LiberFörlag/Allmänna förl.

SOU 1978:50. *Utredningen om vissa vårdutbildningar inom högskolan (1978). Ny vårdutbildning: betänkande*. Statens offentliga utredningar. Stockholm: LiberFörlag/Allmänna förl.

SOU 2008:7. Utredningen av den kliniska forskningen (2008). *Världsklass!: åtgärdsplan för den kliniska forskningen* : delbetänkande. Statens offentliga utredningar. Stockholm: Fritze.

SOU 2010:65. 2009 års Behörighetsutredning (2010). *Kompetens och ansvar:* betänkande. Statens offentliga utredningar. Stockholm: Fritze.

Stolt, Carl-Magnus. 1997. *Kaos och kunskap. Medicinens historia till år 2000*. Lund: Studentlitteratur.

Sundhets-collegii underdåniga berättelse om Medicinalverket i Riket 1851, Stockholm: P.A. Norstedt och söner.

Sundhetskollegii underdåniga berattelse om Medicinalverket i riket 1852, Stockholm P.A. Norstedt och söner.

Sundin, Jan. 2005. Folkhälsa och folkhälsopolitik, in Jan Sundin, et al. (Red.) *Svenska folkets hälsa i historiskt perspektiv*. R 2005:8. Statens folkhälsoinstitut.

Sundin, Jan, Christer Hogstedt, Jakob Lindberg, Henrik Moberg (Red). 2005. *Svenska folkets hälsa i ett historiskt perspektiv*. R 2005:8 Statens folkhälsoinstitut.

Svensson, Kerstin, och Åström, Karsten. 2013. The Field of Social Regulation: How the State Creates a Profession. *Professions and Professionalism*, 3(2). DOI: https://doi.org/10.7577/pp.557

Svensson, Kerstin, och Åström, Karsten. 2019. Den sociala regleringens fält. I Thomas Brante, Kerstin Svensson, och Lennart G

Svensson. (Red.). *Det professionella landskapets framväxt*. Lund: Studentlitteratur.

Svensson, Lennart G. 1980. *Från bildning till utbildning Del III. Universitetens omvandling från 1870-talet till 1970-talet*. Monograph from the Department of Sociology, 21; Göteborg: University of Gothenburg.

Sveriges kommuner och landsting. 2009. *Tillgången på specialistsjuksköterskor.* URL: https://docplayer.se/10317400-Tillgang-pa-specialistsjukskoterskor.html. Nedladdad 2020-01-10.

Sveriges kommuner och landsting. 2011. *Blivande specialistläkare, ST 2011–2015*. Referens- och diskussionsunderlag relaterat till tillgången på specialistläkare, juni 2011, www.skl.se, nedladdad 2012-05-21.

Sveriges officiella statistik. Allmän hälso- och sjukvård. 1911.

Sveriges officiella statistik. Allmän hälso- och sjukvård. 1920.

Sveriges officiella statistik. Allmän hälso- och sjukvård. 1940.

Sveriges officiella statistik. Allmän hälso- och sjukvård. 1950.

Sveriges officiella statistik. Allmän hälso- och sjukvård. 1960.

Sveriges officiella statistik. Allmän hälso- och sjukvård. 1970.

Sveriges officiella statistik. Statistisk årsbok för Sverige. 1919.

Sveriges officiella statistik. Statistisk årsbok för Sverige. 1925.

Sveriges officiella statistik. Statistisk årsbok för Sverige. 1948.

Sveriges officiella statistik. Statistisk årsbok för Sverige. 1950.

Sveriges officiella statistik. Statistisk årsbok för Sverige. 1960.

Sveriges officiella statistik. Statistisk årsbok för Sverige. 1970.

SYLF. 1986. *SYLF – Sveriges yngre läkares förening 65 år. 1921–1986*. I (Red) Barbro Nordenhäll, Stockholm: SYLF.

Söder, Mårten. 1978. *Anstalter för utvecklingsstörda*. Stockholm: Stiftelsen ala.

Torstendahl, Rolf. 1984. Technology in the development of society 1850–1980. Four phases of industrial capitalism in Western

Europe, *History and Technology, an International Journal,* 1:2, 157–174, DOI: https://doi.org/10.1080/07341518408581619

Torstendahl, Rolf. 1991. Knowledge and Power. Constraints and Expansion of Professional Influence in Western Capitalist Society, in Martin Trow och Thorsten Nybom (Red.) *University and society : essays on the social role of research and higher education*. London: Jessica Kingsley Publishers, 35–46.

Turner, Brian. 1987. *Medical Power and Social knowledge*. London: Sage Publications.

Thörnquist, Annette. 2005. Arbetarskydd och samhällsförändring i Sverige 1850–2005. I Sundin, Jan, Christer Hogstedt, Jakob Lindberg, Henrik Moberg (Red). *Svenska folkets hälsa i ett historiskt perspektiv.* Statens folkhälsoinstitut. R 2005:8.

Weber, M. 1983. *Ekonomi och samhälle*. Lund: Argos.

Weisz, George. 2003. The emergence of Medical specialization in the nineteenth century, *Bulletin of the History of Medicine*, 2003, 77: 536–575. DOI: https://doi.org/10.1353/bhm.2003.0150

Weisz, George. 2006. *Divide and conquer - a comparative history of medical specialization*. Oxford: Oxford University Press.

Ågren, Gunnar. 2009. Återupprätta socialläkarna! *Socialmedicinsk tidskrift,* nr 5, s 433–436. URL: http://socialmedicinsktidskrift.se /index.php/smt/article/view/76. Nedladdad 2020-01-10.

Åmark, Klas. 1990. Klasskamp och kalkylerbarhet, *Sociologisk forskning,* 1, 20–37. URL: https://www.jstor.org/stable/20850989

Åmark, Klas. 2005. *Hundra år av välfärdspolitik. Välfärdsstatens framväxt i Norge och Sverige*. Umeå: Boréa.

Ödman, Per-Johan. 1995). *Kontrasternas spel II – en svensk mentalitets- och pedagogikhistoria*. Stockholm: Norstedts.

Öhlund, Ulf och Carlhed, Carina. 1997. *På väg. Erfarenheter av vårdhögskoleutbildning i samverkan landsting/stat*, ed. Högskoleverkets skriftserie 1998:6 R. Stockholm: Landstingsförbundet, Högskoleverket.

Att analysera framväxten av ett professionellt fält innebär att förstå de sociala processer som pågår i bildandet av professioner i samhället som t.ex. kunskap, makt och social ordning. Varför har läkaryrket så hög status? Hur kommer det sig att vissa yrken har makt över andra? Vad bidrar den medicinska vetenskapen med till det professionella kunnandet? Det är några av frågorna som denna bok försöker besvara genom en professionssociologisk analys.

Boken handlar om det svenska medicinska fältets framväxt och professionalisering från medeltid till 1990-tal, med fokus på tre av dess yrken som varit aktiva där nämligen läkare, sjuksköterskor och biomedicinska analytiker (tidigare laboratorieassistenter). Böcker som handlar om professioner har ofta fokus på ett yrke eller en viktig institution men det finns ingen bok som beskriver det större sociala professionella medicinska fältet över tid.

Genom att få kännedom om de fältspecifika förändrings- och utvecklingsprocesserna och deras tröghet förstår man att förändring går mycket långsamt och att det är många parametrar som ska verka i samma riktning för att en reell förändring ska ske och märkas. Andra viktiga insikter är att professionerna i sig inte är så starka och handlingskraftiga utan att de är beroende av att möjligheter öppnas och stängs av externa krafter, i många fall utan deras inblandning. Boken belyser hur man kan förstå sin omvärld på ett nytt sätt, med ett kritiskt helhetsperspektiv och med en terminologi som kan hjälpa till att sätta ord på det som upplevs.

ISBN 978-91-7635-112-3

9 789176 351123

STOCKHOLM UNIVERSITY PRESS